

**COMPORTAMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN  
DE TRABAJADORES AFILIADOS A UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD  
(EPS) PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN  
SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015**



**HERNÁN FELIPE SUAREZ REY**

**201404367**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2018**

**COMPORTAMIENTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN  
DE TRABAJADORES AFILIADOS A UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD  
(EPS) PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN  
SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015**



**HERNÁN FELIPE SUAREZ REY**

**201404367**

**Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Salud  
Ocupacional**

**Director**

**JORGE IRNE LOZADA MONTENEGRO**

**Codirector**

**HUGO HURTADO GUTIÉRREZ**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2018**

**Nota de aceptación:**

**Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad del Valle para optar al título de Magíster en Salud Ocupacional.**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Santiago de Cali, 2018**

## AGRADECIMIENTOS

*“El secreto de mi felicidad está en no esforzarse por el placer, sino en encontrar el placer en el esfuerzo” - André Gide.*

En varias situaciones de nuestra vida nos encontraremos en frente de grandes barreras y dificultades que llegaremos a pensar imbatibles, pero gracias a Dios no estamos solos. Venimos acompañados por una familia que desde su seno nos ve crecer y de personas maravillosas que tenemos la gran fortuna de encontrarnos a lo largo de nuestra vida. Todas ellas han logrado que no desfallezcamos y nos brindan diferentes clases de amor que son fuente de fortaleza en los momentos más difíciles. Agradezco a mi familia, por darme la vida y por las bases de lo que soy hoy en día; a mi hijo, por enseñarme nuevos retos y recordar siempre la alegría de mi niño interior; a mis docentes de los cuales he tenido la fortuna de aprender mucho, por confiar en mí e inspirarme a ser mejor persona y profesional; a mis amigos, por tolerarme, quererme y acompañarme en los buenos y malos ratos; y al amor, por ser la luz en los momentos más oscuros, el norte cuando me siento perdido, el imán que siempre me atrae y recarga con su energía y los sueños que se vuelven realidad.

Gracias a todos.

## **CONTENIDO**

	<b>pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1. EL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>1.1.1 Pregunta de investigación</b>	<b>14</b>
<b>1.1.2 Sistematización del problema</b>	<b>14</b>
<b>1.1.3 Delimitación del problema</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>16</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>16</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>4. MARCOS DE REFERENCIA</b>	<b>19</b>
<b>4.1 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE</b>	<b>19</b>
<b>4.1.1 Factores de riesgo</b>	<b>20</b>
<b>4.1.1.1 Características personales.</b>	<b>20</b>
<b>4.1.1.2 Naturaleza de la enfermedad o proceso patológico.</b>	<b>23</b>
<b>4.1.1.3 Condiciones asociadas al trabajo.</b>	<b>24</b>
<b>4.1.1.4 Determinantes del contexto.</b>	<b>26</b>
<b>4.1.2 Aproximación al tema en Colombia</b>	<b>29</b>

<b>4.2</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>30</b>
<b>4.3</b>	<b>MARCO LEGAL</b>	<b>34</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Financiación de la prestación económica por incapacidad temporal</b>	<b>39</b>
<b>5.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>41</b>
<b>5.1</b>	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>41</b>
<b>5.2</b>	<b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b>	<b>41</b>
<b>5.3</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	<b>41</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Criterios de inclusión</b>	<b>41</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Criterios de exclusión</b>	<b>41</b>
<b>5.4</b>	<b>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>42</b>
<b>5.5</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>42</b>
<b>5.6</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>45</b>
<b>5.7</b>	<b>CONSIDERACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>7.1.</b>	<b>OBJETIVO I: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES QUE PRESENTARON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015</b>	<b>47</b>
<b>7.2.</b>	<b>OBJETIVO II: FACTORES RELACIONADOS CON LA FRECUENCIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015</b>	<b>88</b>
<b>7.3.</b>	<b>OBJETIVO III: FACTORES RELACIONADOS A LA SEVERIDAD DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015</b>	<b>97</b>

<b>8.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>106</b>
<b>9.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>109</b>
<b>10.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>111</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>113</b>

## LISTA DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla 1 Operacionalización de variables</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 2 Percentiles de edad según género</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 3 Sede comparación de evento y persona</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 4 IPS primaria</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 5 Tipo de cotizante</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 6 Tiempo entre incapacidad y radicación</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 7 Día de inicio y día de fin de incapacidad</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 8 Proporción de incapacidad por días de la semana</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 9 Razones de prevalencia</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 10 Mes de inicio y finalización de incapacidad</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 11 Año de inicio y finalización de incapacidad</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 12 Número de incapacidades por Grupo de diagnóstico</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 13 Diagnósticos</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 14 Grupo 1 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	<b>60</b>
<b>Tabla 15 Grupo 2 Tumores [neoplasias]</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 16 Grupo 3 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 17 Grupo 4 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 18 Grupo 5 Trastornos mentales y del comportamiento</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 19 Grupo 6 Enfermedades del sistema nervioso</b>	<b>65</b>



<b>Tabla 20 Grupo 7 Enfermedades del ojo y sus anexos</b>	<b>66</b>
<b>Tabla 21 Grupo 8 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</b>	<b>67</b>
<b>Tabla 22 Grupo 9 Enfermedades del sistema circulatorio</b>	<b>68</b>
<b>Tabla 23 Grupo 10 Enfermedades del sistema respiratorio</b>	<b>69</b>
<b>Tabla 24 Grupo 11 Enfermedades del sistema digestivo</b>	<b>70</b>
<b>Tabla 25 Grupo 12 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</b>	<b>71</b>
<b>Tabla 26 Grupo 13 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</b>	<b>72</b>
<b>Tabla 27 Grupo 14 Enfermedades del sistema genitourinario</b>	<b>73</b>
<b>Tabla 28 Grupo 15 Embarazo, parto y puerperio</b>	<b>74</b>
<b>Tabla 29 Grupo 16 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</b>	<b>75</b>
<b>Tabla 30 Grupo 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	<b>76</b>
<b>Tabla 31 Grupo 18 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</b>	<b>77</b>
<b>Tabla 32 Grupo 19 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</b>	<b>78</b>
<b>Tabla 33 Grupo 20 Causas externas de morbilidad y de mortalidad</b>	<b>79</b>
<b>Tabla 34 Grupo 21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</b>	<b>80</b>
<b>Tabla 35 Especialidad que expide incapacidad</b>	<b>81</b>
<b>Tabla 36 Frecuencia de incapacidad según edad</b>	<b>88</b>
<b>Tabla 37 Frecuencia de incapacidad según género</b>	<b>90</b>
<b>Tabla 38 Frecuencia de incapacidad según tipo de afiliación</b>	<b>91</b>
<b>Tabla 39 Frecuencia de incapacidad según grupo de diagnóstico (dx)</b>	<b>92</b>
<b>Tabla 40 Frecuencia de incapacidad según IBC</b>	<b>93</b>

<b>Tabla 41 Frecuencia incapacidad según riesgo por actividad económica</b>	<b>94</b>
<b>Tabla 42 Severidad de la incapacidad según edad</b>	<b>97</b>
<b>Tabla 43 Severidad incapacidad según género</b>	<b>99</b>
<b>Tabla 44 Severidad incapacidad según tipo de afiliación</b>	<b>100</b>
<b>Tabla 45 Severidad incapacidad según grupo de diagnóstico</b>	<b>101</b>
<b>Tabla 46 Severidad incapacidad según IBC</b>	<b>102</b>
<b>Tabla 47 Severidad incapacidad según riesgo por actividad económica</b>	<b>104</b>

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
<b>Figura 1. Proceso de la incapacidad temporal</b>	<b>19</b>
<b>Figura 2. Factores relacionados con la Incapacidad temporal</b>	<b>20</b>
<b>Figura 3. Ausencias en el trabajo según estén subsidiadas y relacionadas con la salud (58)</b>	<b>31</b>
<b>Figura 4 Duración Novo</b>	<b>82</b>
<b>Figura 5 Duración Prórroga</b>	<b>83</b>

## **INTRODUCCIÓN**

Los trabajadores afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral se encuentran expuestos a múltiples factores que están relacionados con la frecuencia y la severidad de incapacidades temporales de origen común, es decir, aquellas que no se dan como consecuencia de las actividades laborales. El presente estudio aborda el comportamiento de la incapacidad temporal de origen común en trabajadores afiliados a una empresa promotora de salud (EPS) durante el período 2010-2015.

Con este propósito, en primer lugar, se plantean los elementos que componen la situación problemática del estudio, se formula el problema, se establece su sistematización, se indican sus objetivos y se describen las razones por las que se justifica. En segundo lugar, se abordan los marcos de referencia, iniciando con los estudios que sirven de antecedentes a la presente investigación, los planteamientos teóricos y conceptuales relacionados con el estudio y las consideraciones legales y contextuales asociadas a la pregunta de investigación. En tercer lugar, bajo los elementos metodológicos descritos en detalle, se exponen los resultados de cada uno de los objetivos del estudio, para terminar con conclusiones y recomendaciones.

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia está reglamentado primordialmente por la Ley 100 de 1993 y está compuesto por un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el objetivo principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Se incluye un sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social (1).

La persona afiliada y sus beneficiarios obtienen el derecho a recibir los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que comprenden la protección integral en caso de enfermedad general o maternidad, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades. Dentro de las políticas de protección y beneficencia en el sistema de salud existe el derecho que tienen los trabajadores afiliados cuando presentan una incapacidad, entendida ésta como *“el estado de inhabilidad física o mental causada por una enfermedad no profesional, por maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, que impide desempeñar en forma temporal o permanentemente la profesión u oficio habitual”* (2).

Se considera que el empleado en esta condición está imposibilitado para procurarse por sí mismo lo necesario para subsistir y ser proveedor a su familia. En este sentido, el objetivo de la incapacidad temporal es proporcionarle al trabajador el tiempo propicio para recuperar su estado de salud, potencializar su capacidad laboral, adelantar parte de su proceso de tratamiento y rehabilitación; además de recibir una prestación económica que le permita vivir en forma digna durante el período que esté imposibilitado para laborar. Aun así, las incapacidades médicas pueden tener también connotaciones negativas para el individuo, no solo en términos de salud y capacidad de trabajo, sino también afectando aspectos tales como la posibilidad de continuar educándose formalmente, las condiciones de trabajo, la vida social y los estilos de vida (3). Se ha descrito también que las licencias por enfermedad a largo plazo pueden iniciar un proceso de marginación del individuo al mercado laboral y generando a la vez un estado de invalidez persistente (4). Adicionalmente a nivel de la empresa, el ausentismo asociado a la incapacidad perjudica e impide el logro de los objetivos de la organización y es considerado un factor que reduce seriamente la productividad de la empresa (5).

En el proceso de un episodio de incapacidad laboral hay dos momentos clave: el comienzo, que es determinado por los factores de riesgo que actúan sobre la probabilidad de la ocurrencia del evento y se refleja en la frecuencia de la incapacidad; y la duración, influenciado por los factores pronósticos y se refleja en la severidad de la incapacidad. A nivel internacional, se han investigado estos factores y se ha tratado de generar perfiles de riesgo propios para los países estudiados, pero a nivel de Colombia no es claro el comportamiento de la incapacidad temporal y se requiere mayor conocimiento al respecto, por lo cual, este estudio encuentra relevancia y pertinencia.

En concordancia, es necesario un adecuado manejo y control de la incapacidad temporal para minimizar los efectos negativos de la misma y potenciar la protección al trabajador. Para lograr esto se necesitan estudios que permitan conocer mejor el comportamiento de la incapacidad y con base en esto, generar políticas y estrategias adecuadas.

#### **1.1.1 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el comportamiento de la incapacidad temporal de origen común de trabajadores afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015?

#### **1.1.2 Sistematización del problema**

- ¿Cómo se puede caracterizar la población de trabajadores que presentaron incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015?
- ¿Cuáles son los factores relacionados con la frecuencia de incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015?
- ¿Cuáles son los factores relacionados a la severidad de la incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015?

### **1.1.3 Delimitación del problema**

Se analizó el comportamiento de la incapacidad temporal de origen común de los trabajadores afiliados a una de las principales EPS de Colombia, identificando las características de la población que la presenta y los factores relacionados a su incidencia y duración. Se entiende como comportamiento no solo lo que implica o conlleva a algo, sino cómo funciona un fenómeno en especial. Para esto se utilizó la base de datos de trabajadores incapacitados de la EPS en el periodo 2010 al 2015.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el comportamiento de la incapacidad temporal de origen común de los trabajadores afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la población de trabajadores que presentaron incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015.
- Determinar los factores relacionados con la frecuencia de incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015.
- Determinar los factores relacionados a la severidad de la incapacidad temporal de origen común, afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia en el periodo 2010 al 2015.



### 3. JUSTIFICACIÓN

La incapacidad por enfermedad se ha definido como una situación médica en la cual al paciente se le concede permiso de ausencia debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo (6). En Colombia se entiende a la incapacidad como el estado de inhabilidad física o mental de un trabajador que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual. La incapacidad temporal como fuente de ausentismo en la empresa es un fenómeno muy antiguo y generalizado que ha afectado en mayor o menor medida a las organizaciones de trabajo (7) (8). El ausentismo prolongado asociado a enfermedad se ha convertido en un problema mayor de salud pública en los países desarrollados (9). Su incidencia perjudica e impide el logro de los objetivos de la organización y es considerado un factor que reduce seriamente la productividad (5).

Adicionalmente, la incapacidad laboral genera un impacto económico importante. Solo en países como España se ha encontrado por año unos costes directos por prestaciones económicas de 4.768 millones de euros a la Seguridad Social y de 4.503 millones de euros generados a las empresas por el abono de la prestación económica que deben pagar los primeros días de incapacidad. Internacionalmente, al evaluar el promedio de días perdidos por trabajador/año en el período del 2009 al 2012 se encuentran: Suiza con 9.7, España con 9.2, Finlandia con 9.3, Canadá con 7.6 y USA con 3.7 (10). A nivel nacional durante el año 2010 se radicaron en una de las principales EPS del país, un total de 867.827 solicitudes de incapacidad temporal y licencias, de ellas el 90,1% fueron por enfermedad general, 4,9% por accidente de trabajo y enfermedad profesional, 3,5% por licencias de maternidad y paternidad y el 1,5% por orden administrativa y/o tutela. En ese año por enfermedad general, se autorizaron 6.789.102 días de incapacidad que generaron un costo de 44.807.595 pesos (11).

Pese a que la vigilancia en salud y gestión del conocimiento es una de las políticas principales del Plan Nacional de Salud Pública, según lo estableció el Decreto 3039 de 2007 y es una obligación a nivel de salud pública en el entorno laboral-sanitario y parte esencial del control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Colombia existe un vacío importante en el conocimiento del comportamiento de la incapacidad temporal de origen común de los trabajadores afiliados al Sistema. Esto limita el desarrollo de políticas y estrategias que permitan garantizar condiciones óptimas de bienestar físico, mental y social de los trabajadores. Adicional a lo anterior, se genera un aumento de las prestaciones médicas asistenciales, mayores obligaciones económicas asociadas, problemas en la producción y oferta de servicios de las empresas, así como sobrecarga de trabajo a los otros empleados. El deficiente manejo del

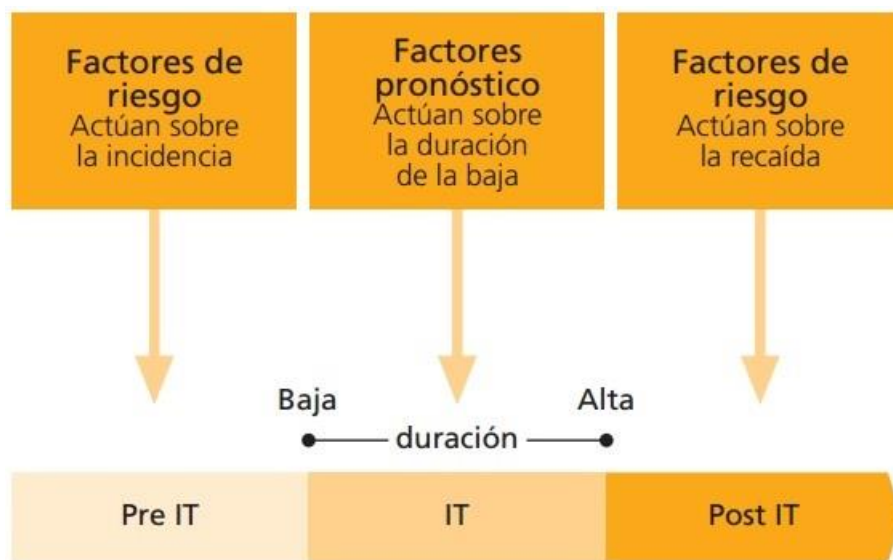
ausentismo laboral conlleva a su vez a mayores problemas de salud y dificultad en el reingreso del trabajador (3) (4).

## 4. MARCOS DE REFERENCIA

En este apartado se pretenden postular los fundamentos paradigmáticos y teóricos que guiaron la obtención y análisis de datos de la investigación, así como la definición de los términos clave del estudio y el abordaje de las características contextuales, para terminar con la referencia a la normatividad que regula la salud ocupacional en Colombia.

### 4.1 MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

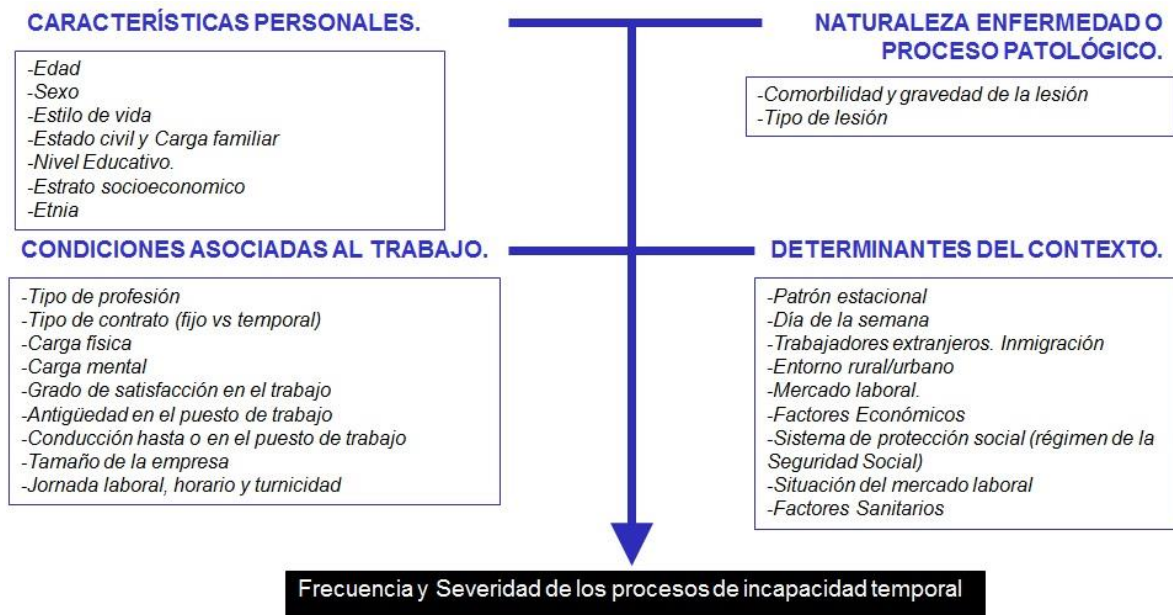
La incapacidad laboral tiene dos momentos importantes, el primero es el comienzo, que como se dijo, está determinado por los factores de riesgo que actúan sobre la probabilidad de la incidencia y se refleja en la frecuencia de la incapacidad; y el segundo momento es la duración, la cual está influenciado por factores pronósticos y se refleja en la severidad de la incapacidad. Al respecto, algunos autores tienen en cuenta un tercer momento post evento que condiciona las recaídas, tal como se muestra en la siguiente figura.



**Figura 1. Proceso de la incapacidad temporal**

### 4.1.1 Factores de riesgo

Se han descrito cuatro grupos principales de factores relacionados con la frecuencia y duración de los episodios de incapacidad temporal de origen común: las características personales, la naturaleza de la enfermedad o proceso patológico, las condiciones asociadas al trabajo y los determinantes del contexto.



**Figura 2. Factores relacionados con la Incapacidad temporal**

#### 4.1.1.1 Características personales.

En este grupo se destacan la edad y el género. Se ha evidenciado que la incapacidad laboral de mayores días se vuelve más frecuente con el transcurrir de la edad; al contrario, la incapacidad de corta duración se evidencia más en los trabajadores jóvenes. Esto se ha tratado de explicar debido a que las personas mayores tienden a sufrir el proceso fisiológico de envejecimiento que daría lugar a una pérdida funcional física-mental y poseen mayor prevalencia de enfermedades crónicas o degenerativas asociadas (12). De igual manera se esperaría que por evidentes razones fisiológicas, los trabajadores mayores tarden más tiempo en recuperarse de una determinada lesión (13).

Socialmente se cree que los trabajadores más jóvenes suelen usar más la incapacidad laboral como una herramienta para hacer frente a problemas de insatisfacción y motivación en el trabajo.

Las mujeres tienen entre dos y cuatro veces más de episodios de incapacidad laboral que los hombres, porque son ellas normalmente las que asumen gran parte de las tareas asociadas al trabajo reproductivo y familiar, lo que incrementa su carga de trabajo.

- **Edad:** La relación de la edad con la duración de la incapacidad temporal, es uno de los factores que más se ha estudiado en investigaciones internacionales. (14) (15) (16) (17). En países como España, Canadá y USA, se han encontrado diferencias especialmente relevantes entre los 40 y 45 años, siendo a partir de esta última edad cuando se observa una mayor duración en los procesos de incapacidad temporal (30 días en menores de 30 años, frente a 56 días en mayores de 40 años).

Como se describió previamente, se ha evidenciado que los episodios de incapacidad temporal de mayor duración aumentan con la edad del trabajador (con cada año de edad aumenta la duración de la incapacidad en un promedio de 1,47 días (18) (19) (14) (20), y se ha llegado a observar que con la edad (por cada 5 años) disminuye la probabilidad de retornar al trabajo en un 11% (21), siendo entre los 40 y 45 años el rango de edad donde más se nota aumento de la duración de las incapacidades.

- **Género:** Varios estudios sugieren que las mujeres poseen mayor dificultad para retornar al trabajo después de un evento patológico, (se describen diferencias de aproximadamente 7 días entre mujeres y hombres) (15) (16) (22) (23) (24) (25) (26). Esta diferencia se nota también al comparar las incapacidades según su tipo de origen, hasta 10 días más en mujeres que en hombres cuando es común y de 4 días en el caso de origen laboral (27) (12). La diferencia por género descrita hasta ahora se ha evidenciado más en trabajos menos cualificados. En los grupos de cotización más altos y en algunas ocupaciones relacionadas con puestos directivos, esas diferencias de duración por género se desvanecen, e incluso se invierten, siendo las mujeres ejecutivas y profesionales las que menos se incapacitan (12).

Por último, también existen estudios donde se pone en duda las diferencias de género, siendo significativamente similar la duración de la incapacidad de hombres y mujeres (21).

El factor de género también se relaciona con otras variables. Las obligaciones de índole familiar tienen gran influencia en el incremento de la duración de la incapacidad temporal. Por ejemplo, en países como España donde la mujer se encuentra más implicada en este tipo de trabajos (tareas domésticas, mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos) se genera mayores patologías osteomusculares y fatiga. También influye la edad reproductiva donde se observa un incremento de las enfermedades relacionadas con el embarazo (la lumbalgia como refugio para justificar la ausencia del trabajo los últimos días de embarazo).

En España se cree que las leyes de protección del embarazo en trabajos de riesgo implementadas en ese país desde 2002 pueden haber contribuido a la reducción de las incapacidades de las embarazadas sin patologías que las justificaran. Otro factor evidente, son las diferencias de ocupaciones y actividades entre hombres y mujeres que terminan por generar exigencias y riesgos distintos entre los géneros. A este nivel se destacan los derivados de posturas, movimientos repetitivos y los riesgos psicosociales.

- **Estilo de vida:** Se ha descrito que la incapacidad temporal aumenta con el consumo de tabaco y el consumo de alcohol alto, excesivo o de alto riesgo y el sedentarismo (26).

Se ha descrito asociación entre la obesidad abdominal y el ausentismo por causa médica (28), donde se estudió el impacto de la obesidad sobre la productividad laboral, en más de 10.000 empleados de 50 empresas, encontrando que los individuos obesos tenían 1,7 veces la probabilidad de experimentar alto ausentismo (siete o más ausencias por enfermedad en los últimos seis meses), y tenían 1,6 veces mayor riesgo de experimentar ausentismo moderado (tres a seis ausencias en los últimos seis meses) en comparación con sus pares no obesos ( $p=0,05$ ).

- **Estado civil y carga familiar:** En España se ha observado que las incapacidades son de menor duración en personas solteras (21). Sin embargo se cree que el incremento de la incapacidad en casados tiene una mayor relación con el número de personas dependientes a cargo del trabajador, más que con el estado civil como tal, ya que en otros países se ha evidenciado que la duración de la incapacidad tiende a ser mayor en trabajadores divorciados con personas dependientes a su cargo (16).

- **Nivel educativo y nivel socioeconómico:** Hay dudas al respecto. Se cree que existe una mayor duración de la incapacidad temporal en trabajadores con menor nivel educativo, pero existe un estudio donde no hubo diferencias (21).

Como se comentó previamente, en varios estudios se ha observado que los trabajadores con un mayor nivel escolar, que se asocia a mayor nivel socioeconómico lo que dificulta la diferenciación con este aspecto, presentan una duración de incapacidad temporal por accidente laboral equivalente entre hombres y mujeres (12). Se hallaron estudios donde fue observado que los trabajadores con mayor cualificación son los que presentan incapacidad temporal de duración mayor comparado al grupo de referencia de trabajadores menos cualificados (27). Pero en otros estudios como el realizado en la ciudad de Washington (USA) en 1994, se asoció que las rentas altas actúan como factor de protección, ya que disminuyen el tiempo de la incapacidad temporal con respecto a las rentas más bajas, en las que dicha duración fue mayor (16).

#### **4.1.1.2 Naturaleza de la enfermedad o proceso patológico.**

En España las enfermedades relacionadas con una mayor duración de las bajas son: enfermedades mentales, enfermedades del sistema circulatorio y sistema osteomuscular (21) (29). A nivel internacional se ha relacionado una mayor duración de la incapacidad temporal con patologías osteomusculares como el síndrome del túnel carpiano, lumbalgia o cervicalgia (16) (30). Adicionalmente, se encontró que las morbilidades menores, tales como infecciones del tracto respiratorio superior y problemas gastrointestinales son los diagnósticos que comúnmente se encuentran en los auto-reportes de trabajadores con incapacidad frecuente (31).

- **Comorbilidad y gravedad del proceso patológico:** Hay una relación de forma consistente entre la duración de la incapacidad con el diagnóstico de enfermedad músculo esquelética o trastorno mental, antecedente de hospitalización en los primeros 28 días del cuadro patológico o presencia de enfermedad crónica concomitante, como es el caso de paciente con fibromialgia (32) (33) (34) (35) (16).

También se ha observado mayor duración de las incapacidades temporales en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular: HTA, obesidad y, especialmente diabetes mellitus (26).

Se cree que esto es debido a que las enfermedades crónicas disminuyen la capacidad de recuperación y condicionan las diferentes respuestas a los tratamientos.

Los factores relacionados con la gravedad de la lesión generan una duración mayor de las incapacidades temporales (12).

- **Tipo de enfermedad:** Las lumbalgias con ciáticas y las cervicobraquialgias fueron en algunos estudios las patologías del aparato locomotor que presentaron la mayor media duración de la incapacidad temporal (36). Le siguen en frecuencia las cervicalgias y los esguinces de rodilla y pierna (29). En extremidades superiores se destacan con mayor duración de incapacidad, los procesos de epicondilitis y síndrome del túnel carpiano (23). Adicionalmente como era de esperarse, se ha encontrado que hay diagnósticos etiológicos que generan peor pronóstico para la reincorporación laboral como, por ejemplo, en las lumbalgias, lo son los trastornos del disco intervertebral respecto a los que presentan una contractura muscular. Por último, la demora en el inicio del tratamiento también se relaciona con el aumento de duración de la incapacidad (17).

#### **4.1.1.3 Condiciones asociadas al trabajo.**

La ocupación es una variable claramente asociada a la incapacidad laboral, dado que los trabajadores manuales tienen más incapacidad que los que realizan tareas no manuales, especialmente cuando realizan tareas monótonas y repetitivas que requieren esfuerzo físico. En las últimas décadas los factores psicosociales se han destacado cada vez más y juegan también un papel importante en relación con la incapacidad laboral. La falta de control sobre la tarea, especialmente de control sobre el tiempo, es un factor de riesgo demostrado (aumenta la incapacidad), mientras que el apoyo, entendido como la interacción con los compañeros y la organización, es un factor protector, disminuyendo la incapacidad, como lo son también la percepción de un trato justo en el trabajo y un clima laboral “favorable”.

- **Profesión, oficio y ocupación:** Estos factores condicionan el tiempo para reincorporarse al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal. Por ejemplo, se ha encontrado que fue de 40 días en hostelería, frente a 22 días en industria manufacturera, cuando hubo un evento de origen común (37). En cambio, cuando el episodio fue de origen profesional, se evidenció que fue de 21 días para el sector servicios, frente a 20 días en el grupo formado por industria manufacturera, construcción y comercio (27).



En España la mayor tasa de absentismo laboral se presentó en obreros (electricistas, mecánicos, jardineros, albañiles, peones, operarios, ayudantes, etc.). Dentro de este grupo, las enfermedades prevalentes fueron las del aparato locomotor, considerando como causa su mayor carga metabólica de trabajo y exposición a riesgos por sobreesfuerzos (26).

A nivel internacional se ha observado que las profesiones con mayor duración de los periodos de incapacidad temporal son las relacionadas con la construcción o la agricultura, mientras que las profesiones que presentan la duración más corta de incapacidad son las relacionadas con el comercio o servicios (16).

- **Tipo de contrato (fijo vs temporal):** Los contratos temporales, así como el empleo inestable y ocasional, se asocian según los estudios a un incremento de la duración de la incapacidad temporal para enfermedades como lumbalgias (17) y fibromialgia (35). En estudios españoles se observa una mayor duración media de las incapacidades temporales de origen profesional producidas en trabajadores con contratos indefinidos (12) (13).

- **Carga física y mental:** La duración de la incapacidad temporal se ve incrementada en trabajos que requieran esfuerzo físico (movimientos repetitivos/manipulación de cargas), principalmente en pacientes con diagnósticos de enfermedades osteoarticulares, lumbalgias y fibromialgia (35) (38). De igual manera, las ocupaciones manuales presentan una mayor incidencia de episodios de incapacidad que las no manuales (27). Al contrario, se evidencia como factor protector, la posibilidad de tomar descansos no previstos a demanda del trabajador durante su jornada laboral (17).

La severidad de la incapacidad temporal también es condicionada por los factores psicosociales presentes en el trabajo: alta demanda psicológica, alta exigencia del trabajo, poco control sobre el ritmo de las tareas y bajo poder de decisión (27) (35) (39).

En profesionales de atención primaria se ha evidenciado que a mayor cansancio emocional mayor es el número de días de incapacidad (24).

- **Jornada laboral, horario y turnos:** Los accidentes de trabajo son más frecuentes y posiblemente más graves cuando el trabajador alcanza las 6 horas de trabajo y cuando trabaja los fines de semana, aumentando la incapacidad en estos

casos (12) (40). Esto se ha relacionado con aumento del cansancio y disminución de la concentración y del estado alerta.

- **Otros factores asociados al trabajo y la empresa:** Una mayor insatisfacción laboral se relaciona con incremento en la duración de la incapacidad temporal (35). Hay estudios donde encuentran relación entre la duración de las incapacidades de lumbalgias con respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo, siendo mayores en trabajadores que llevan menos de 2 años en su puesto de trabajo (17) (41). Se cree que la antigüedad en el trabajo es un factor de protección asociado a la mayor experiencia y conocimiento de las tareas a desempeñar, reduciendo el número de accidentes declarados o también la antigüedad provoca que dichos accidentes sean de menor gravedad. Sin embargo, como ya se ha mencionado, al llegar a una determinada edad, el riesgo se incrementa, aumentando la duración media, en este momento, con la antigüedad (12) (13).

La conducción como medio de transporte hacia o en el puesto de trabajo, aumenta el riesgo de accidentes y de esta forma de las incapacidades (12). Esto es importante en países como España donde se reconoce el accidente “in itinere” como incapacidad temporal por contingencia profesional.

El incremento en la duración de la incapacidad temporal cuando se relaciona con el tamaño de la empresa es contradictorio. Hay algunos estudios que indican mayor duración media de las bajas de origen laboral producidas en empresas muy grandes (12), mientras otros estudios ponen en duda esta afirmación al evidenciar que en empresas grandes y públicas la duración de la incapacidad es menor (17).

#### **4.1.1.4 Determinantes del contexto.**

- **Mercado laboral:** La incapacidad por enfermedad general común tiende a aumentar, pero no de forma inmediata, después de las reducciones de plantilla, probablemente debido al aumento de la carga de trabajo y a la pérdida de control sobre éste. La incapacidad laboral tiende a ser menor en ocupaciones donde la tasa de desempleo es más elevada, probablemente porque el riesgo de perder el lugar de trabajo se percibe como más elevado y real. Este fenómeno se ha observado también en los años de crisis económica que generan aumento del desempleo, así también en estos períodos, se presenta una disminución de las ausencias del trabajo por enfermedad. Pero también llamó la atención que en los casos en los que se llegaba a tener incapacidad temporal ésta aumentaba de duración (27) (22) (42) (16). Se considera que los trabajadores con incapacidad

temporal tienen de esa manera asegurada una prestación económica derivada de su evento y que, en situación de desempleo, no siempre les corresponde. Así mismo, los pacientes que se benefician de otros seguros paralelos al sistema de salud (por ejemplo, por accidentes de tráfico o seguros particulares) tienden a prolongar los períodos de incapacidad, dado que así tendrán indemnizaciones mayores. Por último, se ha evidenciado también lo contrario, una vez se supera el “efecto crisis” se comenzó a repuntar la tasa de absentismo laboral en países como España. (10).

- **Sistema de protección social (régimen de la seguridad social):** En países que manejan diferentes regímenes de seguridad social como España, el comportamiento de las incapacidades es diferente dependiendo de cada régimen, siendo el régimen general donde se presenta menor duración de las incapacidades (36,8 días de media), y el Régimen Especial Agrario el que ocasiona mayor número de días de incapacidades (115,7 días) (18) (19). También se ha evidenciado que la duración de la incapacidad es considerablemente mayor en los procesos del Régimen Especial Agrario (115.7 días), empleadas del hogar (83.6 días) y autónomos (77 días) (21) aunque se sospecha que esto se debe posiblemente a una subestimación de los eventos de corta duración que no generan compensación económica.

- **Tipo de origen:** La duración de las incapacidades según el origen común o profesional es similar las dos primeras semanas, pero a partir de entonces, en incapacidades >15 días, la duración es mayor para los eventos de origen común (43). Tales diferencias no son claras cuando se ajustan los días de incapacidad por género de los pacientes (27).

- **Presencia de otros seguros o indemnizaciones:** La duración de la incapacidad aumenta sustancialmente cuando existe también una compensación mediante seguros o indemnizaciones adicionales (44) (12) (13).

- **Características del médico prescriptor de la baja:** En estudios realizados en España se ha puesto de manifiesto que los médicos particulares dan incapacidades de mayor duración con respecto a las de médicos institucionales (21) (45) (46).

En centros de salud con mayor número de médicos se prescriben incapacidades de menor duración (22).

- **Entorno rural/urbano:** La media de días de duración de los procesos de incapacidad temporal tiende a ser mayor en entorno rural (45,4 días) con respecto al entorno urbano (36,9 días) (14) (20) (47) (48), incluso se ha visto en algunos estudios que tal incremento es casi el doble en medio rural respecto al urbano, aumentando a un 100% si el diagnóstico es por una neoplasia (22) (24). Algunos investigadores han llegado a considerar el entorno urbano como factor de protección al disminuir la duración de las incapacidades (14) (20), aunque hay estudios contradictorios, al tener en cuenta otras variables como la enfermedad (lumbalgia), no se han visto diferencias significativas en zonas rurales respecto de las urbanas (29).

Se cree que el aumento del tiempo de incapacidades temporales en el entorno rural se presenta al considerar que allí existen mayores dificultades para acceder a atención especializada y servicios de rehabilitación. Adicionalmente, el manejo de las incapacidades puede ser diferente por las características del médico prescriptor en el medio rural, mayor familiaridad con el paciente, mayor carga asistencial y estructura del consultorio local frente a equipos de atención primaria en las ciudades.

- **Día de la semana:** Los lunes son el día de la semana donde hay mayor ausentismo por accidentes, sin importar del tipo de accidente del que se trate (49).
- **Patrón estacional:** En estudios realizados en España se ha observado que se presentan 20% más de episodios de incapacidad temporal en los meses de Enero-Febrero y Octubre-Noviembre. Por el contrario, los meses con menor incapacidad (un descenso hasta del 30%) son aquellos que coinciden con el período vacacional, donde como es de esperarse hay una reducción de la plantilla (26).

Al valorar la severidad de la incapacidad temporal, se encuentra que los meses con mayor duración del evento son Agosto, Septiembre y Noviembre; y los de menor son Marzo y Mayo (18).

- **Trabajadores extranjeros (inmigración):** En un estudio realizado en la localidad Navarra en España se analizaron los datos de incapacidad en la población trabajadora extranjera que cotizaba a la seguridad social entre los años 2001 y 2005 (50). Se describe que la duración media de las incapacidades en trabajadores extranjeros era de 13,6 días, frente a los no extranjeros que tuvieron una duración media de 27,4 días, se cree que la incapacidad en este caso está determinada por las características de estos trabajadores inmigrantes (jóvenes,

inseguridad en el puesto de trabajo, accidentes no declarados, falta de adaptación, etc.). Hay incluso estudios donde describen cómo el trabajador inmigrante percibe la enfermedad como parte del trabajo, es decir, intrínseca del trabajo (51).

#### **4.1.2 Aproximación al tema en Colombia**

Como se ha comentado previamente, los estudios en Colombia se limitan a nivel empresarial por lo que las poblaciones son pequeñas y muy específicas. No hay una adecuada distribución de variables como el género, el área de trabajo o los cargos ejercidos. Por ejemplo, en uno de los estudios, la población es casi exclusiva de mujeres en edad fértil (enfermeras y auxiliares de enfermería), por lo que la clase de ausentismo más representativo fue la hora de lactancia materna (48% del total de ausencias). En ese estudio las licencias médicas ocuparon el 22% del total del ausentismo (52).

En un estudio en una empresa de telecomunicaciones predominaron las incapacidades menores a tres días generadas en los trabajadores con cargos operativos. La mayor causa de incapacidad encontrada allí fueron las lesiones osteomusculares, siendo la lumbalgia y los traumas las de mayor porcentaje (53). Pero esto puede variar con las profesiones, a nivel de prestadores de salud, por ejemplo, se evidenció que el sistema respiratorio es el más afectado, seguido del digestivo y osteomuscular. En este estudio se presentó mayor incapacidad en los trabajadores con contrato indefinido, género femenino, área asistencial y con cargos médicos seguidos de auxiliares de odontología y los odontólogos (54).

Hay factores en el estilo de vida de las personas que se ha comprobado afectan la salud de las personas y por ende se asocian a mayor incapacidad temporal. A pesar de esto en un estudio colombiano no se pudo evaluar la asociación entre la obesidad abdominal y el ausentismo por causa médica (55), donde el mismo autor es claro en señalar que el tamaño de la muestra, las características propias de la población, el diseño del trabajo y el tipo de muestreo, pudieron introducir sesgos.

Por último, se ha evidenciado en estudios realizados en población trabajadora específica, que la insatisfacción con el ejercicio de sus actividades laborales enmarcadas en las condiciones y ambiente laboral, generan también mayor ausentismo. (56).

## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

Se considera el ausentismo (o absentismo como es llamado en otros países) a la abstención deliberada de acudir al trabajo. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el ausentismo como *“la no asistencia al trabajo por parte de un empleado del que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas”*; y al ausentismo laboral de causa médica como *“el período de baja laboral atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha para la derivada del embarazo normal o prisión”* (57).

El término absentismo es derivado del vocablo latino *absentis*, el cual se usaba inicialmente en el siglo XVIII para referirse a los terratenientes irlandeses que en ese entonces vivían en Inglaterra y abandonaron sus tierras para gestionarla desde la distancia. Con el desarrollo industrial, se describe que este término se comenzó a usar para referirse a los trabajadores fabriles que se ausentaban de su trabajo, siendo a partir de entonces donde el concepto absentismo adquiere nuevas connotaciones a nivel laboral.

Se considera el ausentismo laboral uno de los principales problemas que actualmente afectan de forma importante a las pequeñas y grandes empresas, estatales o privadas, limitando el cumplimiento de sus objetivos y metas, afectando directamente su economía al alterar la productividad y la competitividad.

El ausentismo puede clasificarse según su relación con problemas de salud y el derecho a un subsidio económico.

	Ausencias relacionadas con salud	Ausencias NO relacionadas con salud
Ausencias subsidiadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problema de salud certificado por un médico o autocertificado.</li> <li>- Baja maternal o parto.</li> <li>- Visitas a los profesionales sanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacaciones.</li> <li>- Educación.</li> <li>- Actividades sindicales</li> <li>- Ausencias paternas/maternas.</li> <li>- Cuidado de ausencias familiares</li> <li>- Motivos personales.</li> <li>- Deberes cívicos.</li> </ul>
Ausencias NO subsidiadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencias por enfermedad no certificadas.</li> <li>- Ausencias para “enfrentar el estrés”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Razones personales como las anteriores pero no pagadas</li> <li>- Huelga.</li> </ul>

**Figura 3. Ausencias en el trabajo según estén subsidiadas y relacionadas con la salud (58)**

Las ausencias relacionadas con la salud y que son justificadas por certificados médicos son incapacidad o licencia, que abarcan:

- Incapacidad de origen común.
- Incapacidad de origen profesional.
- Incapacidad por accidente de trabajo.
- Licencia de maternidad.
- Licencia de paternidad.
- Licencia de aborto.

El presente estudio se enfoca en la incapacidad temporal de origen común. El término en inglés es sickness leave.

La Real Academia de la Lengua define la enfermedad como la alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes, debida a una causa interna o externa.

A nivel legislativo en Colombia, la incapacidad se ha descrito como “*el estado de inhabilidad física o mental causada por una enfermedad no profesional, por maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, que impide desempeñar en forma temporal o permanentemente la profesión u oficio habitual*” (2).

Existen dos clases de incapacidades asociadas a enfermedad según su origen: común o profesional. La incapacidad laboral o profesional es derivada de enfermedad laboral y de accidentes de trabajo. La Ley 1562 de 2012 define la enfermedad laboral como *“la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el cual se ha visto obligado a trabajar”*. El Decreto 2566 de 2009 establece la tabla enfermedades laborales, vigente en nuestro país.

El accidente de trabajo es definido en la Ley 1562 de 2012 como *“todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo, aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horario de trabajo. Igualmente, se considera accidente de trabajo aquel que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considera, el que ocurre durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical, siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma, se considera, aquel que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o representación del empleador o de la empresa usuaria cuando sean trabajadores de las empresas temporales que se encuentren en misión”* (59). Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no haya sido calificada como de origen Laboral, se considera de origen común.

La incapacidad médica puede presentarse de forma temporal o permanente, y puede ser parcial o total. Una incapacidad permanente conduce necesariamente a la pensión del trabajador.

La incapacidad temporal tiene un efecto monetario y administrativo. El primero hace referencia al derecho que tiene el trabajador de recibir un subsidio económico por parte del empleador, la empresa promotora de salud o fondo de pensiones. El segundo está relacionado al hecho de que el certificado de incapacidad temporal le sirve al trabajador como justificación de la inasistencia al trabajo por motivos de salud, sin el cual la ausencia constituiría en una falta disciplinaria ante el empleador.

En la incapacidad temporal se refleja un certificado expedido en forma autónoma por un profesional de la salud (médico u odontólogo), en un acto que debe estar registrado en la historia clínica del paciente y sirve de constancia para justificar la



ausencia del trabajo. Los tiempos de incapacidad dependen del estado de salud y de las actividades diarias del paciente, por eso los médicos realizarán una evaluación. El médico identificará cuáles son los tiempos promedios en los que normalmente evoluciona la enfermedad y se ajustarán de acuerdo con los antecedentes clínicos del paciente, el avance que se presente de la dolencia y las actividades que normalmente realice.

El certificado de incapacidad debe tener el registro del diagnóstico por el cual se considera pertinente la prescripción de éste. Se usa el código de Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10, adoptado por Colombia según la resolución 1895 del 2001 para definir el diagnóstico de la enfermedad que origina la incapacidad, independiente de los otros que pueda tener el paciente.

Los días de incapacidad siempre serán calendario, contando sábados, domingos y festivos sin importar que la incapacidad sea por evento común o de carácter laboral. La incapacidad temporal, se debe generar desde el mismo día que el médico u odontólogo la expide. Aquellas retroactivas, cuya fecha de inicio es anterior a la fecha de expedición del certificado médico u odontológico, se recomienda sea generada sólo en casos de pacientes con incapacidad ambulatoria con no más de 3 días de retroactividad, dejando constancia en historia clínica y realizada por motivos administrativos o de oportunidad de acceso a servicio, siempre y cuando exista una congruencia entre la historia natural de la enfermedad, la anamnesis y el examen físico al momento de la evaluación (Resolución 2266 De 1998 de ISS).

En el caso de pacientes hospitalizados, se podrá generar el certificado de incapacidad temporal desde el inicio de su hospitalización y por períodos cortos de tiempo para excusar la ausencia laboral o al término de la internación, en este caso no se considera un certificado retroactivo, toda vez su expedición se otorga desde el mismo día de la hospitalización.

Frente a pacientes con patologías de carácter mental, en intoxicación con medicamentos psicotrópicos, alcohol; en traumas de carácter severo o estado de salud impeditivos de manera clara, como por ejemplo el usuario que acude con un tutor externo por fractura de fémur, el cual fue implantado hace 4 meses, el médico tratante puede generar incapacidades retroactivas de más de 30 días, iniciando la misma desde la fecha en que ocurrió el evento o realizada la cirugía. En este caso, es necesario un profundo ejercicio técnico en el cual el profesional que expide la incapacidad realice una minuciosa anamnesis, documente los hechos con la mayor evidencia posible y advierta la correlación entre lo descrito, lo observado al momento del examen y la historia natural de la enfermedad o de las

secuelas esperadas del accidente o biomecánica descrita. En cualquier caso, o en aquellos en los que falta la precitada correlación, se recomienda expedir la incapacidad desde el momento de la valoración médica u odontológica y remitir al paciente a valoración por medicina laboral de la EPS, para que dicho especialista determine la pertinencia de generar el solicitado certificado de incapacidad retroactiva (Resolución 2266 de 1998).

Debido a la incapacidad para trabajar, el empleado está imposibilitado para procurarse por sí mismo lo necesario para subsistir junto con su familia. En Colombia la incapacidad temporal desde el punto de vista legal está contemplada en el Código Sustantivo del Trabajo (en los artículos 204 numeral 2ª, 230 numeral 1, 236, Decreto 2351 del 1965 en artículo 16) bajo las figuras de licencia e incapacidad. El objetivo de la incapacidad temporal es proporcionar al trabajador el tiempo propicio para recuperar su estado de salud, potencializar su capacidad laboral, adelantar parte de su proceso de tratamiento y rehabilitación; recibiendo una prestación económica que le permita vivir en forma digna y que será dada a los trabajadores cotizantes por las administradoras dependiendo del origen de la incapacidad (EPS, la ARL o el empleador según corresponda), quienes deberán retribuir un auxilio económico al trabajador durante el tiempo que esté imposibilitado para laborar.

La incapacidad por enfermedad general es por aquella enfermedad que no tiene origen profesional o por un accidente que no es de trabajo, debe ser pagada por el empleador y la EPS a la que el empleado esté afiliado.

#### 4.3 MARCO LEGAL

- **Código Sustantivo de Trabajo: Art. 21** *“NORMAS MÁS FAVORABLES. En caso de conflicto o duda sobre la aplicación de normas vigentes de trabajo, prevalece la más favorable al trabajador. La norma que se adopte debe aplicarse en su integridad”.*
- **Decreto 770 de 1975:** Por el cual se aprueba el Acuerdo número 536 de 1974 del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales sobre reglamento general del seguro de enfermedad general y maternidad. **Art. 9:** *“En caso de enfermedad común el Instituto otorgará al asegurado directo las siguientes prestaciones y servicios:... c) cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero equivalente a las dos terceras (2/3) partes de su salario de base, subsidio que, lo mismo que las prestaciones señaladas en el ordinal a), se reconocerá por el*

término de 180 días continuos o discontinuos siempre que la interrupción no exceda de 30 días. d) El subsidio se reconocerá desde el 4º día de incapacidad, excepto en los casos de hospitalización, en los cuales el subsidio se pagará desde el primer día de permanencia en el hospital. Para la determinación del valor del subsidio en dinero, se tendrá en cuenta el salario de base del asegurado, correspondiente al mes calendario de cotización anterior al de la iniciación de la incapacidad”. **Art. 13:** “Los asegurados afectados por tuberculosis pulmonar tendrán derecho a las prestaciones asistenciales establecidas en el presente capítulo, y gozarán durante el tiempo de su enfermedad y hasta por un período de quince (15) meses, de un subsidio diario en dinero igual al salario de base en que estuviere cotizando en el mes anterior a aquel en que se inicie la incapacidad. Si al término de los seis (6) primeros meses de incapacidad el asegurado fuere calificado como inválido, tendrá derecho a la correspondiente pensión por este concepto y cesará, en consecuencia, el pago de subsidio temporal. Para el otorgamiento de este beneficio se requerirá que el asegurado tuviere derecho al régimen de invalidez, de acuerdo con el número de cotizaciones exigidas”. **Art. 21:** “Si durante los períodos de reposo prenatal y post-natal coexistiere una enfermedad, se causará solamente el subsidio por maternidad. Si terminado el período de descanso por maternidad subsiste la enfermedad, las prestaciones económicas que se causen se pagarán en las cuantías y condiciones determinadas en el seguro de enfermedad general”.

- **Ley 23 de 1981:** Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. **Art. 50:** “El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico”. **Art. 51:** “El texto del Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado”. **Art. 52:** “Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso”.

- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. “Sistema de Seguridad Social Integral definido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de planes y programas para proporcionar la cobertura integral de las contingencias especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los colombianos”. **Art. 206:** “**INCAPACIDADES.** Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y

*accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.*

- **Decreto 1295/94:** Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. **Art. 38:** *“Hasta tanto el Gobierno Nacional la reglamente, la declaración de la incapacidad temporal continuará siendo determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la Entidad Promotora de Salud a través de la cual se preste el servicio”.*

- **Decreto 1919 de 1994:** Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto Ley 1298 de 1994 (Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud). **Art. 8:** *“Prestaciones del régimen contributivo. El régimen contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:.. b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional”.*

- **Decreto 1171 de 1997:** Por el cual se reglamentan los artículos 50, 51 de la Ley 23 de 1981. **Art. 2:** *“El Certificado Médico será expedido por un Profesional de la Medicina, con tarjeta profesional o registro del Ministerio de Salud, o por un médico que se encuentre prestando el Servicio Social Obligatorio, de conformidad con lo previsto por el artículo 50 de la Ley 23 de 1981. PARÁGRAFO. El texto del Certificado Médico será claro, preciso y deberá ceñirse estrictamente a la verdad. Su expedición irregular conllevará responsabilidad civil, penal y ética para el médico que lo expida, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia”.* **Art. 4:** *“El Certificado Médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener como mínimo, los siguientes datos generales: a) Lugar y fecha de expedición; b) Persona o entidad a la cual se dirige; c) Estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico; d) Nombre e identificación del paciente; e) Objeto y fines del certificado; f) Nombre del Profesional de la Medicina que lo expide; g) Número de la tarjeta profesional y registro; h) Firma de quien lo expide”.*

- **Ley 1562 de 2012:** Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. **Art. 5: Parágrafo 3°.** *“El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese*

*controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolsos y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral”.*

- **Decreto 2943 de 2013:** Por el cual se modifica el parágrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999. **Art. 1:** *“Modificar el parágrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual quedará así: Parágrafo 1°. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente. En el Sistema General de Riesgos Laborales las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral. Lo anterior tanto en el sector público como en el privado”.*

- **Resolución 5593 de 2015:** Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones. **Art. 6:** *“Fijar para cada Entidad Promotora de Salud - EPS el 0,34% del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a sus afiliados cotizantes con derecho, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999 o la norma que lo modifique o sustituya”.* **Art 7:** *“Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud - EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999 o la norma que lo Modifique o sustituya”.*

- **Ley 1571 de 2015:** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. **Art.17:** *“Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta*

*autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias”.*

- **Ley 1753 de 2015:** Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. **Art. 67:** *“Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud”... “Estos recursos se destinarán a: a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades”.*

- **Decreto 2353 de 2015:** Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. **Art. 81:** *“Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas. No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando estas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones”.*

- **Decreto 1333 de 2018:** Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones. Capítulo II Revisión periódica de la incapacidad, concepto de rehabilitación. Artículo 2.2.3.2.3. Prórroga de la incapacidad. Existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades),

siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

#### **4.3.1 Financiación de la prestación económica por incapacidad temporal**

El Ministerio de trabajo de Colombia de acuerdo con el Parágrafo 1° del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual fue modificado mediante Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013, define que los respectivos empleadores estarán a cargo de las prestaciones económicas correspondientes a los dos primeros días de incapacidad originada por enfermedad general, tanto en el sector público como en el privado, en monto de 2/3 partes del salario (66,67%).

A partir del tercer día de incapacidad y hasta por 180 días, el reconocimiento y pago de las incapacidades corresponderá a la Empresa Promotora de Salud EPS, así: Las 2/3 partes del salario (66.67%), durante los 90 días y la mitad del salario (50%), por el tiempo restante, según lo dispone el Artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo.

Es importante recalcar que en los casos de trabajadores que devengan el salario mínimo mensual legal vigente, el monto de la prestación económica por incapacidad por enfermedad común, deberá ser igual al 100%. Es decir, el empleador o la EPS deberán asumir este monto según corresponda a los días.

En incapacidades de origen común superiores a los 180 días, el parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012 especifica: *"El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolso y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral"*. Parágrafo 4°: *"El subsidio económico por concepto favorable de rehabilitación a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones se reconocerá en los términos del artículo 142 del Decreto ley 19 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya"*.

Adicionalmente el artículo 142 del Decreto 019 de 2012 ordena: *"Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador".* Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto". Si la incapacidad a partir del día 90 hasta completar los 180 corresponde al 50% del salario, el subsidio devengado por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario, en caso de concepto favorable de rehabilitación, equivaldrá igualmente al 50% del salario.

A partir de los 541 días, el empleador o la EPS deberán volver a asumir el monto de las incapacidades igualmente a 50% del salario.

Para el pago de las incapacidades de origen profesional, el artículo 3 de la Ley 776 de 2002 dispone que el afiliado tendrá derecho al pago de un subsidio equivalente al 100% de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente del que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte, que estará a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales, y se reconocerá y pagará durante 180 días prorrogable por un período igual siempre que sea necesario para el tratamiento o rehabilitación del afiliado.



## **5. METODOLOGÍA**

El diseño metodológico permite clarificar el tipo de estudio en el que se inscribió la investigación, los métodos y técnicas que permitieron recopilar los datos, para terminar con una breve explicación de la forma como se analizaron los resultados.

### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la incapacidad temporal de origen común presentada por los trabajadores afiliados a una EPS perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el período 2010 al 2015.

### **5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población universo la conformó el registro de los trabajadores afiliados y que aparecen en la base de datos de la EPS durante el período 2010 al 2015.

La población muestra estuvo constituida por los registros de los trabajadores afiliados que presentaron incapacidad temporal de origen común durante el período 2010 al 2015 y que aparecen en la base de datos de la EPS.

### **5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **5.3.1 Criterios de inclusión**

Registros de incapacidades temporales de origen común de trabajadores afiliados a una EPS presentadas durante el período 2010 al 2015.

#### **5.3.2 Criterios de exclusión**

Registros de incapacidades temporales que no sean de origen común de trabajadores afiliados a una EPS presentadas durante el período 2010 al 2015.

## 5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente información fue la base de datos de incapacidades temporales de origen común de trabajadores afiliados a una EPS durante el período 2010 al 2015. Los datos se seleccionaron de acuerdo con el marco teórico mediante un instrumento diseñado para tal propósito.

## 5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A continuación, se presenta la tabla de operacionalización de variables. Es importante señalar que, aunque inicialmente se estudiaron un gran número de variables, no todas ellas fueron identificables ni derivaron resultados, por tal motivo, se presenta una tabla actualizada.

**Tabla 1 Operacionalización de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VALORES POSIBLES</b>
Actividad económica	Información sobre la actividad económica de la empresa en donde labora el trabajador	Código que identifica las actividades económicas de la empresa en donde labora el trabajador	Cualitativa nominal	Código de clasificación de actividades económicas – CIIU revisión 4
Ciudad	Ciudad donde es generada la incapacidad temporal	Nombre de la ciudad donde se genera la incapacidad temporal de origen común	Cualitativa nominal	Nombre de la ciudad en Colombia
Código de Afiliación	Número de afiliación del trabajador a la EPS	Número de afiliación del sujeto que permite agrupar los diferentes eventos	Cualitativa nominal	Numero entero
Dependencia	Definición tipo de afiliación del trabajador como dependiente de una empresa	Dependencia del trabajador que presenta la incapacidad	Cualitativa nominal	1=Dependiente 2=Independiente

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VALORES POSIBLES</b>
Día de la semana	Día de la semana donde inicia la incapacidad temporal	Días de la semana correspondiente a la fecha de inicio de la incapacidad temporal	Cualitativa nominal	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Diagnóstico	Diagnóstico de la enfermedad que genera la incapacidad temporal de origen común	Código que identifica la enfermedad que general incapacidad medica temporal de origen común	Cualitativa nominal	Código del diagnóstico según clasificación internacional de enfermedades en su 10 versión (cie10)
Duración incapacidad	Días de duración de cada evento de incapacidad temporal de origen común	Días de diferencia entre la fecha inicio y fecha final de incapacidad	Cuantitativa ordinal	Numero entero. Días
Edad	Edad del trabajado	Edad del trabajado en años cumplidos	Cuantitativa ordinal	Años cumplidos.
Fecha final incapacidad	Fecha en la cual se finaliza la incapacidad temporal de origen común	Fecha del día en que se finaliza la incapacidad	Cualitativa nominal	Fecha en formato día / mes / año
Fecha inicial incapacidad	Fecha en la cual se inicia la incapacidad temporal de origen común	Fecha del día en que se inicia la incapacidad	Cualitativa nominal	Fecha en formato día / mes / año
Fecha radicación	Fecha en el cual se realizó la radicación a la EPS de la incapacidad de origen común	Fecha en el cual se realizó la radicación de la incapacidad	Cualitativa nominal	Fecha en formato día / mes / año
Genero	Identidad sexual de pertenecer a un género específico.	Estado de los individuos que pertenecen al estudio.	Cualitativa nominal	1=Femenino 2=Masculino

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>VALORES POSIBLES</b>
Grupo diagnóstico	Grupo de enfermedades similares	Código que identifica el grupo de enfermedades similares que general incapacidad medica temporal de origen común	Cualitativa nominal	Código del grupo según clasificación internacional de enfermedades en su 10 versión (cie10)
Ingreso base de cotización (IBC)	Definición tipo de salario del trabajador para cotizar en la EPS	Tipo de salario que posee el trabajador	Cuantitativa ordinal	Fijo o variable
Instituto prestador de salud (IPS)	IPS Primaria donde fue generada la incapacidad temporal	Nombre de la IPS donde se genera la incapacidad temporal de origen común	Cualitativa nominal	Nombre de la IPS
Mes del año	Mes del año donde inicia la incapacidad temporal	Mes del año correspondiente a la fecha de inicio de la incapacidad temporal	Cualitativa nominal	Enero. Febrero. Marzo. Abril. Mayo. Junio. Julio. Agosto. Septiembre. Octubre. Noviembre. Diciembre.
Numero de incapacidades	Número de incapacidades presentadas durante el periodo de tiempo estudiado	Numero de incapacidades presentadas durante entre el 2010 y 2015	Cuantitativa ordinal	Numero entero
Prescriptor de incapacidad	Define la persona que origina la incapacidad temporal	Nombre de la profesión o especialidad de la persona que expide la incapacidad temporal de origen común	Cualitativa nominal	Nombre de la profesión o especialidad
Rango salarial	Definición rango del trabajador para cotizar en la EPS	Rango salarial 1 hasta \$1.378.909. Rango salarial 2 de \$1.378.910 a \$3.447.275. Rango salarial 3 de \$3.447.276 en adelante	Cuantitativa nominal	1 2 3

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES
Recobro	Motivo por el que se realizó recobro la incapacidad	Definición del Motivo por el cual se pudo realizar recobro del valor de la incapacidad	Cualitativa nominal	0=No recobro, 1=Enfermedad profesional, 2=Accidente de tránsito, 3=Orden administrativa, 4=Tutela
Riesgo	Riesgo al cual está afiliado la empresa donde labora el trabajador según actividad económica	Riesgo al cual está afiliado la empresa donde labora el trabajador según actividad económica (Decreto 1295 del 22-06-1994)	Cuantitativa nominal	1 2 3 4 5
Tipo cotización	Definición específica del tipo de afiliación del trabajador	Nombre del tipo de afiliación del trabajador que presenta la incapacidad	Cualitativa nominal	Nombre del tipo de afiliación
Tipo incapacidad	Definición de la incapacidad como nueva o prorroga de una ya existente	Categoría de incapacidad temporal como nueva o prorroga	Cualitativa nominal	1=Nueva 2=Prorroga 3=Pensionado

## 5.6 PROCEDIMIENTO

El enfoque metodológico utilizado para analizar los datos recogidos consiste en dos fases. La primera fase fue un análisis de las variables para realizar la descripción sociodemográfica de la incapacidad temporal de origen común. La segunda fase, consistió en un análisis bivariable para identificar relaciones estadísticamente significativas y de controlar en la medida de lo posible, la probabilidad de que el azar no explique cualquier relación observada. Se realizará la prueba de chi-cuadrado para comparar la distribución observada de los datos con una distribución esperada calculada de acuerdo con la probabilidad de independencia. En aquellas variables cuantitativas que no cumplan con el supuesto de normalidad se compararan sus medianas con una prueba de Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

La frecuencia de la incapacidad temporal de origen común es el número de veces por unidad de tiempo (años) que el trabajador presenta una incapacidad temporal de origen común, se basa en la expedición de los certificados médicos de incapacidad de origen común que la constate; y la severidad de la incapacidad temporal de origen común es el número de días que dura la incapacidad y se basa también en los certificados médicos de incapacidad de origen común. El nivel alfa

que se utilizó es 0,05 con el fin de aumentar la detección de potencia de cualquier forma de asociación, debido al tamaño fijo de muestra. Para el análisis estadístico se aplicó el paquete IBM-estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 23.0®.

## 5.7 CONSIDERACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución 8430 de 1993, el presente estudio cumple los criterios para clasificarse como INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, los cuales son *“estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*.

El estudio actual fue de tipo retrospectivo. Se obtuvieron los datos de los archivos de la EPS. Por lo tanto, para realizar prevención, contención y dispersión del riesgo ético, no existió contacto con los pacientes y se eliminaron los nombres. El dato de número de afiliación se usó para agrupar los eventos de incapacidad y no fue tenido en cuenta durante la presentación de los resultados. Se ha solicitado la autorización del uso de los datos por medio de una carta permiso de uso de datos a la oficina de la unidad de medicina del trabajo de la EPS. Por lo cual se sugiere que este estudio no tuvo ningún tipo de riesgo al respecto.

El director de la tesis es funcionario de la institución donde se realizó el estudio. Se pretendió que no exista ningún conflicto de interés debido a que se consideraron las características asociadas al ausentismo de trabajadores afiliados más no se particularizaron los eventos que lleguen a perjudicar a algunos de los trabajadores afiliados; en este caso la información se usó con fines netamente investigativos y académicos. Se consideró la firma de compromiso de confidencialidad personal por parte de los directivos.

## 7. RESULTADOS

Este capítulo aborda los resultados de la investigación, es decir, da respuesta a cada uno de los objetivos específicos. En primer lugar, se aborda una caracterización de la población de trabajadores con incapacidad temporal de origen común registrados en la base de datos de la EPS; en segundo lugar, se señalan y analizan los factores relacionados con la frecuencia de incapacidad temporal de origen común en los trabajadores; así también en tercer lugar, se analizan los factores relacionados con la severidad de la incapacidad temporal de origen común de la población objeto de estudio.

### 7.1. OBJETIVO I: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES QUE PRESENTARON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015

A continuación, se presenta la población de afiliados a la EPS SOS durante los años de análisis contemplados en el presente estudio.

SEDE	PERIODO					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Cali</b>	160.670	178.247	182.514	189.645	201.988	215.262
<b>Pereira</b>	40.436	43.073	45.058	47.999	51.592	55.037
<b>Palmira</b>	29.960	32.193	32.138	33.874	36.031	37.449
<b>Manizales</b>	24.852	26.457	27.165	27.434	28.300	28.010
<b>Cartago</b>	15.662	16.585	16.707	17.429	18.814	20.724
<b>Buga</b>	13.805	15.023	15.789	16.599	17.700	18.911
<b>Tuluá</b>	14.741	15.369	15.454	15.597	16.658	17.843
<b>Norte del cauca</b>	9.565	10.074	10.084	11.115	12.234	12.567
<b>Buenaventura</b>	11.880	12.055	11.706	11.437	12.181	12.480
<b>Armenia</b>	9.807	11.144	10.798	11.322	15.425	15.515
<b>Popayán</b>	11.004	11.769	11.181	11.699	12.204	12.777
<b>Bogotá</b>	3.318	3.894	4.174	4.659	4.966	5.320
<b>Antioquia</b>	0	0	0	0	8.424	7.726
<b>Nacional</b>	700	865	901	936	555	1.759
<b>Pasto</b>	0	0	0	0	0	0

SEDE	PERIODO					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Neiva	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>346.400</b>	<b>376.748</b>	<b>383.669</b>	<b>399.745</b>	<b>437.072</b>	<b>461.380</b>

Entre los años evaluados del 2010 al 2015 se radicaron 1.037.710 incapacidades correspondientes a 8.571.838 días en total, de los cuales 4.290.523 días fueron pagados por la EPS con un valor de \$107.893.000.146 pesos. Dichas incapacidades fueron presentadas por 249.297 personas (34,38 días por persona) con un rango de edad de 15 años a 91 años, para una mediana de 4.0 días y un rango intercuartílico (RIC) de 8 y una media de 8.3 días, así como una desviación estándar de 9.2 con un mínimo de 1 día y un máximo de 142 días.

- **Distribución según género:** La distribución según género es 105.730 Femenino (42,4%) y 143.567 masculino (57,6%).

**Tabla 2 Percentiles de edad según género**

GÉNERO	Cuartiles de edad en años cumplidos		
	25%	50%	75%
<b>FEMENINO</b>	25	31	40
<b>MASCULINO</b>	26	33	43

Se encontró que la edad mediana de las mujeres es de 31 años con un RIC de 15. La mediana para los hombres es superior, con un valor de 33 años y un RIC de 17. Los hombres tienen una mediana significativamente superior con respecto a la mediana de mujeres, mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney con un valor-p=0.



- Distribución según sede, persona y evento

**Tabla 3 Sede comparación de evento y persona**

SEDE	Total de Afiliados (promedio)	PERSONA INCAPACITADAS			EVENTOS DE INCAPACIDAD		
		Número	Porcentaje del total de incapacitados	Ratio por población	Número de eventos	Porcentaje del total de incapacidades	Ratio por persona
Cali	188054	118197	47,4	0,63	506558	48,8	4,29
Pereira	47199	24231	9,7	0,51	84829	8,2	3,50
Palmira	33607	17665	7,1	0,53	82055	7,9	4,65
Tuluá	15944	13270	5,3	0,83	58618	5,6	4,42
Buga	16304	12790	5,1	0,78	57935	5,6	4,53
Manizales	27036	12215	4,9	0,45	46409	4,5	3,80
Norte del cauca	10940	10292	4,1	0,94	46076	4,4	9,07
Florida	9219	9600	3,9	1,04	36437	3,5	3,80
Cartago	17653	6749	2,7	0,38	32481	3,1	4,81
Buenaventura	11956	6320	2,5	0,53	25202	2,4	3,99
Jamundí	6443	5637	2,3	0,87	19822	1,9	3,52
Armenia	12335	4462	1,8	0,36	16262	1,6	3,64
Popayán	11772	4199	1,7	0,36	13745	1,3	3,27
Bogotá	4388	1595	,6	0,36	4451	,4	2,79
Antioquia	2691	1279	,5	0,48	3924	,4	3,07
Otros	952	796	,3	0,84	2906	0,28	3,65
<b>TOTAL</b>	<b>416493</b>	<b>249297</b>	<b>100,0</b>	<b>0,56</b>	<b>1037710</b>	<b>100,0</b>	<b>4,16</b>

Esta distribución está determinada por la EPS y así figura en la base de datos. Norte del Cauca corresponde a Puerto tejada y Santander de Quilichao; mientras que las otras ciudades relacionadas son: Caloto, Itagüí, Villa Rica, Envigado, Cartagena, Rionegro, Nacional, Neiva, Barranquilla, Bucaramanga, Ginebra, Ibagué, Marquetalia, Quibdó, Facatativá, Tocancipá, Villavicencio, Cajicá, Fusagasugá, Zipaquirá, La dorada, Barrancabermeja, Cúcuta, Melgar, Norte del Cauca, Santa Marta, Yumbo, Candelaria, Corinto, Quimbaya, Restrepo, Riosucio, Sevilla, Tumaco, Valledupar y Villavicencio. Esta tabla indica que durante los 6 años estudiados se incapacitaron más de la mitad (56%) de la población afiliada a la EPS. La principal sede que más incapacidades genera es la ciudad de Cali con 47,4% del total de los incapacitados. Al comparar el número de afiliados con las personas incapacitadas, se encontraron casos como el del municipio de Florida donde el número de incapacitados durante el periodo estudiado igualó al total de

la población (razón de 1.04) seguido de norte del Cauca (razón de 0.94) y Jamundí (razón de 0.87). Los municipios de menor razón (0.36) fueron Armenia, Popayán y Bogotá.

- **Distribución IPS**

**Tabla 4 IPS primaria**

IPS	PERSONA		EVENTO		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Ratio
Comfandi El Prado	16301	6,5	72766	7,0	4,5
Comfandi Calipso	14899	6,0	57153	5,5	3,8
Comfandi Torres De Comfandi	13555	5,4	67382	6,5	5,0
Comfandi Alameda	12244	4,9	52540	5,1	4,3
Comfamiliar Centro	12063	4,8	41861	4,0	3,5
Comfandi La Merced	11346	4,6	40832	3,9	3,6
Clínica Comfandi Palmira	11311	4,5	50848	4,9	4,5
Comfandi - Buga	10355	4,2	46437	4,5	4,5
Confamiliares Caldas - Principal	9899	4,0	39879	3,8	4,0
Comfandi Ips Pasoancho	8170	3,3	34177	3,3	4,2
Clínica Versalles S.A - San Marcos	7916	3,2	30145	2,9	3,8
Comfandi Morichal	7546	3,0	31310	3,0	4,1
Comfandi Yumbo	7535	3,0	32475	3,1	4,3
Ips Comfandi Cartago	7352	2,9	23319	2,2	3,2
Comfandi Tuluá	7112	2,9	31583	3,0	4,4
Comfandi San Nicolas	7062	2,8	29815	2,9	4,2
Ips Comfandi Centro	5976	2,4	19980	1,9	3,3
Comfamiliar Dos Quebradas	5772	2,3	21349	2,1	3,7
Fundación Propal - Puerto Tejada	5156	2,1	28682	2,8	5,6
Comfandi Candelaria	4587	1,8	26030	2,5	5,7
Clínica Salud Florida - Sede Florida	4394	1,8	23883	2,3	5,4
Centro Médico Jamundí Ltda	4211	1,7	19875	1,9	4,7
Comfamiliar Cuba	3259	1,3	11281	1,1	3,5
Clínica La Sagrada Familia C.Q	2699	1,1	7847	,8	2,9
Comfacauca - Popayán	2579	1,0	8056	,8	3,1
Ips Comfacauca Santander De Quilichao	2258	,9	10378	1,0	4,6
Otros	43740	17,55	177827	17,1	4,1
<b>TOTAL</b>	<b>249297</b>	<b>100,0</b>	<b>1037710</b>	<b>100,0</b>	

De los cuales Comfandi El prado, Comfandi Calipso, Comfandi Torres de Comfandi, Comfandi Alameda, Comfandi IPS Pasoancho, Clínica Versalles S.A - San marcos, Comfandi Morichal, Comfandi Yumbo y Comfandi San Nicolás Corresponden a la ciudad de Cali.

- **Distribución según tipo de cotizante**

El estudio arrojó por tipo de cotizante, lo siguiente: como dependientes cotizaron 230.625 personas (92,5%), Independientes 18.389 personas (7,4%) y pensionado 283 personas (0,1%). Se destaca la gran cantidad de tipos de cotización que maneja la base datos de la EPS que hizo necesario agruparlos para el estudio.

**Tabla 5 Tipo de cotizante**

TIPO DE COTIZACIÓN	EVENTO		PERSONA		Razón
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Dependiente	956179	92,1	224939	90,2	4,25
Independiente	43032	4,1	12716	5,1	3,38
Cotizante pago solo salud art. 2 ley 1250 de 2006	13309	1,3	4388	1,8	3,03
Aprendices del Sena	6515	,6	3116	1,2	2,09
Cotizante dependiente con aportante beneficiario ley primer empleo	4009	,4	1028	,4	3,90
Independiente agremiado	3048	,3	952	,4	3,20
Madre comunitaria ICBF - ley 1023 03/05/2006	1217	,1	620	,2	1,96
Trabajador dependiente con aportante beneficiario del SGP	2729	,3	381	,2	7,16
Cotizante independiente sin ingresos con pago por tercero	736	,1	244	,1	3,02
Madre sustituta	658	,1	231	,1	2,85
Pensionado	3301	,3	208	,1	15,87
Aprendices del Sena en etapa productiva	290	,0	141	,1	2,06
Dependiente empleada domestica	379	,0	118	,0	3,21
Pensionado por sustitución	1756	,2	75	,0	23,41

TIPO DE COTIZACIÓN	EVENTO		PERSONA		Razón
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Beneficiario del mecanismo de protección al cesante	227	,0	52	,0	4,37
Estudiantes -régimen especial ley 789 del 2002	105	,0	30	,0	3,50
Independiente agremiado cobranza empresa	80	,0	16	,0	5,00
Independiente antiguo	21	,0	11	,0	1,91
Ex empleado público vinculado empleador privado	61	,0	10	,0	6,10
Desempleado con subsidio CCF	30	,0	9	,0	3,33
Aprendiz Sena etapa productiva aportante beneficiario ley primer empleo	13	,0	8	,0	1,63
Independiente, madre comunitaria sin cobertura	4	,0	2	,0	2,00
Aprendiz Sena etapa electiva aportante beneficiario ley primer empleo	7	,0	1	,0	7,00
Concejal amparado por póliza de salud	1	,0	1	,0	1,00
Concejal municipal o distrital que percibe honor beneficio fondo solidario de pensión	1	,0	0	,0	
Vacio	2	,0	0	,0	
<b>Total</b>	<b>1037710</b>	<b>100,0</b>	<b>249297</b>	<b>100,0</b>	

La razón es el número de veces que una persona presentó una incapacidad.

- **Distribución según recobro**

Del total de las incapacidades, la EPS logró recobrar 11.505 (1,1%) y tuvo que pagar por orden administrativa 8.677 (0,8%) y por tutela 12.253 (1,2%).

Aproximadamente el 97% de las incapacidades temporales reconocidas no son objeto de recobro al empleador o a otras aseguradoras por parte de la EPS.

- **Días entre inicio de incapacidad y radicación**

**Tabla 6 Tiempo entre incapacidad y radicación**

DÍAS ANTES DE RADICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 31 días	611458	58,9
Entre 31 días y 180 días	391928	37,8
Entre 181 días y 540 días	32376	3,1
Más de 540 días	1948	,2
<b>TOTAL</b>	<b>1037710</b>	<b>100,0</b>

El 97% de las incapacidades son radicadas a las EPS dentro de los 6 meses desde su inicio, lo que demuestra un eficiente recobro por parte de los aportantes.

- **Días de la semana**

**Tabla 7 Día de inicio y día de fin de incapacidad**

	DÍA INICIO			DÍA FIN		
	DÍA	FRECUENCIA	%	DÍA	FRECUENCIA	%
NOVO	Lunes	126337	19,4	Viernes	114153	17,6
	Martes	122946	18,9	Miércoles	110945	17,1
	Miércoles	111083	17,1	Jueves	105257	16,2
	Jueves	106551	16,4	Sábado	99091	15,3
	Viernes	93434	14,4	Martes	87414	13,5
	Sábado	56707	8,7	Lunes	67770	10,4
	Domingo	32605	5,0	Domingo	65033	10,0
	<b>TOTAL</b>	<b>649663</b>	<b>100,0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>649663</b>	<b>100,0</b>
PRORROGA	DÍA	FRECUENCIA	%	DÍA	FRECUENCIA	%
	Jueves	65231	16,8	Viernes	63069	16,3
	Viernes	61861	15,9	Miércoles	58364	15,0
	Miércoles	60862	15,7	Sábado	58216	15,0
	Lunes	60232	15,5	Jueves	57295	14,8
	Martes	60195	15,5	Martes	52007	13,4
	Sábado	47883	12,3	Domingo	49637	12,8
	Domingo	31783	8,2	Lunes	49459	12,7
	<b>TOTAL</b>	<b>388047</b>	<b>100,0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>388047</b>	<b>100,0</b>

- **Proporción incapacidad por días a la semana**

**Tabla 8 Proporción de incapacidad por días de la semana**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	TOTAL
<b>Días no trabajados</b>	1.180.544	1.246.476	1.278.980	1.281.453	1.274.196	1.201.564	1.108.645	8.571.858
<b>Días Trabajado</b>	77.846.605	77.780.673	77.748.169	77.745.696	78.002.250	77.825.585	79.027.149	545.976.127
<b>Total</b>	79.027.149	79.027.149	79.027.149	79.027.149	79.276.446	79.027.149	80.135.794	554.547.985
<b>Proporción</b>	1,49%	1,58%	1,62%	1,62%	1,61%	1,52%	1,38%	

Los días con mayor ausentismo laboral son los miércoles y jueves, donde se concentran las incapacidades de primera vez iniciadas los lunes y martes, y prorrogadas los miércoles y jueves. El domingo es el día de la semana donde se evidencia tendencia a presentar menos incapacidad.

- **Prevalencia**

**Tabla 9 Razones de prevalencia**

DÍAS DE LA SEMANA	RAZÓN DE PREVALENCIA	IC (95,0%)
Lunes	1	
Martes	1,0558	1,0532 - 1,0585
Miércoles	1,0834	1,0807 - 1,0861
Jueves	1,0855	1,0828 - 1,0882
Viernes	1,0759	1,0733 - 1,0786
Sábado	1,0178	1,0152 - 1,0204
Domingo	0,9261	0,9237 - 0,9285

Se presenta Odds ratios similares para los días lunes a sábado de riesgo de incapacitarse comparado con el domingo que no hay riesgo de incapacitarse. Existe una tendencia a aumentar de lunes a miércoles y un descenso del jueves a domingo. La prueba de homogeneidad entre niveles dio un chi-cuadrado 23.812,7793 y un valor-p=0 y la PRUEBA DE TENDENCIA LINEAL arrojó un chi-cuadrado de 3950,3467 con un valor-p=0.

- Meses de inicio y finalización de incapacidad

**Tabla 10 Mes de inicio y finalización de incapacidad**

		MES INICIO			MES FIN		
	MES	FRECUENCIA	%	MES	FRECUENCIA	%	
NOVO	Mayo	60642	9,3	Mayo	61107	9,4	
	Marzo	59887	9,2	Marzo	59671	9,2	
	Julio	57248	8,8	Julio	57037	8,8	
	Abril	56495	8,7	Abril	56159	8,6	
	Septiembre	55962	8,6	Junio	55655	8,6	
	Junio	55628	8,6	Septiembre	55555	8,6	
	Enero	55557	8,6	Agosto	53501	8,2	
	Febrero	53385	8,2	Febrero	53373	8,2	
	Agosto	53380	8,2	Octubre	53343	8,2	
	Octubre	52146	8,0	Enero	51947	8,0	
	Noviembre	47657	7,3	Noviembre	48141	7,4	
	Diciembre	41676	6,4	Diciembre	44174	6,8	
	TOTAL	649663	100,0	TOTAL	649663	100,0	
	MES	FRECUENCIA	%	MES	FRECUENCIA	%	
PRÓRROGA	Mayo	35090	9,0	Mayo	34818	9,0	
	Julio	34723	9,2	Marzo	34597	8,9	
	Marzo	34658	8,9	Julio	34569	8,9	
	Septiembre	33777	8,7	Octubre	33792	8,7	
	Octubre	33469	8,6	Septiembre	33677	8,7	
	Agosto	33469	8,6	Agosto	33304	8,6	
	Abril	32768	8,4	Junio	32901	8,5	
	Junio	32739	8,4	Abril	32642	8,4	
	Enero	31767	8,2	Febrero	30335	7,8	
	Febrero	30695	7,9	Enero	30332	7,8	
	Noviembre	28901	7,4	Noviembre	29879	7,7	
	Diciembre	25991	6,7	Diciembre	27201	7,0	
	TOTAL	388047	100,0	TOTAL	388047	100,0	

En la población estudiada hay mayor presencia de incapacidad en el mes de mayo (mes de picos epidemiológicos de enfermedades infecciosas estacionales) y menor frecuencia en diciembre.

- Año de inicio y finalización de incapacidad

**Tabla 11 Año de inicio y finalización de incapacidad**

AÑO INICIO						AÑO FIN		
	AÑO	Total afiliados	FRECUENCIA	%	Ratio por población	AÑO	FRECUENCIA	%
NOVO	2015	346400	155872	24,0	0,34	2015	157117	24,2
	2014	383669	116106	17,9	0,27	2014	115882	17,8
	2011	399745	114086	17,6	0,30	2011	114029	17,6
	2010	346400	107582	16,6	0,31	2010	106528	16,4
	2012	383669	78767	12,1	0,21	2012	79002	12,2
	2013	399745	77250	11,9	0,19	2013	77063	11,9
						2016	42	,0
	TOTAL		649663	100,0		Total	649663	100,0
	AÑO		FRECUENCIA	%		AÑO	FRECUENCIA	%
PRORROGA	2015	461380	88333	22,8	0,19	2015	90535	23,3
	2014	437072	77635	20,0	0,18	2014	76918	19,8
	2011	376748	60903	15,7	0,16	2011	60664	15,6
	2010	346400	57669	14,9	0,17	2010	56088	14,5
	2013	399745	53588	13,8	0,13	2013	53248	13,7
	2012	383669	49919	12,9	0,13	2012	50230	12,9
						2016	364	,1
	TOTAL		388047	100,0		Total	388047	100,0

Del 2013 al 2015 hubo un aumento significativo del porcentaje equivalente al doble de la población incapacitada, pasando de un 11.9% al 24%, del 2013 al 2015.

- Distribución por grupo de diagnóstico

**Tabla 12 Número de incapacidades por Grupo de diagnóstico**

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	NOVO		PRORROGA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	131207	20,2	39659	10,2
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	91454	14,1	85329	22,0
Enfermedades del sistema respiratorio	89331	13,8	23161	6,0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	75562	11,6	75409	19,4
Enfermedades del sistema digestivo	44298	6,8	16385	4,2



CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	NOVO		PRORROGA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	42611	6,6	13651	3,5
Enfermedades del sistema genitourinario	39022	6,0	17527	4,5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	24904	3,8	12083	3,1
Embarazo, parto y puerperio	24841	3,8	29597	7,6
Enfermedades del sistema nervioso	17517	2,7	14384	3,7
Enfermedades del ojo y sus anexos	17389	2,7	7177	1,8
Enfermedades del sistema circulatorio	13545	2,1	15086	3,9
Tumores [neoplasias]	12665	1,9	17706	4,6
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	12114	1,9	5642	1,5
Trastornos mentales y del comportamiento	5741	,9	11213	2,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3482	,5	2300	,6
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2246	,3	377	,1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	866	,1	1127	,3
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	615	,1	90	,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	218	,0	138	,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	33	,0	6	,0
.	2	,0	0	0
<b>TOTAL</b>	649663	100,0	388047	100

El 58% de las incapacidades temporales fueron causadas por patologías infecciosas, traumáticas, respiratorias y osteomusculares.

En las siguientes tablas se documenta las incapacidades según diagnóstico y se discrimina la distribución de las incapacidades para cada uno de los grupos de diagnósticos. Llama la atención que 6% de las prórrogas son producidas por *Amenaza de aborto y Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación*, los cuales no son parte de los cuatro grupos de diagnósticos ya mencionados.

- Distribución por diagnóstico

**Tabla 13 Diagnósticos**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA		
GRUPO	CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
1	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	49695	8	112746	9129	2	23993
13	M545	Lumbago no especificado	26145	4	90472	18996	5	189813
1	B349	Infección viral, no especificada	23757	4	66670	6596	2	19627
10	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	23374	4	52973	4377	1	11181
1	B338	Otras enfermedades virales especificadas	17123	3	50575	5759	1	17867
1	A920	Enfermedad por virus chikungunya	15918	2	74395	5758	1	22393
10	J029	Faringitis aguda, no especificada	13217	2	30505	2683	1	6685
10	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	11248	2	27534	2184	1	5496
15	O200	Amenaza de aborto	10779	2	69444	11773	3	89539
18	R51X	Cefalea	9850	2	21155	2411	1	8157
14	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9425	1	36656	3274	1	15221
15	O470	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	8773	1	71511	13151	3	120158
18	R102	Dolor pélvico y perineal	8720	1	35818	3570	1	21087

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA		
GRUPO	CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
10	J209	Bronquitis aguda, no especificada	6465	1	21237	2590	1	9036
19	S934	Esguinces y torceduras del tobillo	5668	1	42890	2887	1	27636
11	K010	Dientes incluidos	5640	1	17405	1156	0	2858
18	R501	Fiebre persistente	5450	1	18293	1497	0	5030
19	S800	Contusión de la rodilla	5338	1	33357	3831	1	47074
1	A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]	5197	1	21059	3432	1	11662
7	H110	Pterigion	5073	1	69829	632	0	5493
10	J019	Sinusitis aguda, no especificada	4827	1	12878	1030	0	2809
13	M542	Cervicalgia	4678	1	15320	2480	1	22241
6	G439	Migraña, no especificada	4542	1	8415	1077	0	2661
10	J040	Laringitis aguda	4507	1	11783	1311	0	5806
1	A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación	3956	1	8326	578	0	1345
2	D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	3956	1	94311	1568	0	15249
6	G560	Síndrome del túnel carpiano	3751	1	39356	5218	1	63942
		Otros	352589	54	2768283	268234	69	3855646
<b>TOTAL</b>			649661	100	3923196	387182	100	4629705

**Tabla 14 Grupo 1 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**

			NOVO		PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	49695	37,88	112746	9129	23,02	23993
A920	Enfermedad por virus chikungunya	15918	12,13	74395	5758	14,52	22393
B349	Infección viral, no especificada	23757	18,11	66670	6596	16,63	19627
B338	Otras enfermedades virales especificadas	17123	13,05	50575	5759	14,52	17867
B019	Varicela sin complicaciones	2939	2,24	27838	1566	3,95	9091
A90X	Fiebre del dengue [dengue clásico]	5197	3,96	21059	3432	8,65	11662
A084	Infección intestinal viral, sin otra especificación	3956	3,02	8326	578	1,46	1345
B029	Herpes zoster sin complicaciones	1181	0,90	5109	488	1,23	2179
B348	Otras infecciones virales de sitio no especificado	1844	1,41	4263	550	1,39	1385
A083	Otras enteritis virales	1237	0,94	2596	172	0,43	361
	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	8360	6,37	45293	5551	14,00	83430
TOTAL		131207	100	418870	39579	100	193333

**Tabla 15 Grupo 2 Tumores [neoplasias]**

			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
D259	Leiomioma del útero, sin otra especificación	3956	31,24	94311	1568	8,86	15249
C509	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	418	3,30	8203	1633	9,22	38388
C73X	Tumor maligno de la glándula tiroides	403	3,18	6243	461	2,60	8202
D27X	Tumor benigno del ovario	276	2,18	5253	104	0,59	978
C61X	Tumor maligno de la próstata	198	1,56	4650	352	1,99	7359
D391	Tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario	254	2,01	4510	211	1,19	2161
D24X	Tumor benigno de la mama	329	2,60	4283	48	0,27	351
D171	Tumor benigno lipomatoso de piel y de tejido subcutáneo del tronco	364	2,87	2838	85	0,48	577
C56X	Tumor maligno del ovario	88	0,69	2183	285	1,61	6155
C539	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	87	0,69	2030	124	0,70	2402
	Otros Tumores [neoplasias]	6292	49,68	91239	12594	71,13	285313
	TOTAL	12665	100	225743	17465	98,64	367135

**Tabla 16 Grupo 3 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
D649	Anemia de tipo no especificado	204	23,56	1386	177	15,71	2073
D696	Trombocitopenia no especificada	114	13,16	1054	113	10,03	1369
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	70	8,08	387	55	4,88	399
D570	Anemia falciforme con crisis	68	7,85	595	92	8,16	1394
D500	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)	40	4,62	278	49	4,35	340
D693	Purpura trombocitopénica idiopática	39	4,50	516	117	10,38	2752
D692	Otras purpuras no trombocitopénicas	22	2,54	245	31	2,75	343
D680	Enfermedad de Von Willebrand	18	2,08	146	56	4,97	540
D62X	Anemia posthemorrágica aguda	14	1,62	155	20	1,77	139
D648	Otras anemias especificadas	14	1,62	131	11	0,98	85
	Otros	263	30,37	2713	385	34,16	7688
<b>TOTAL</b>		866	100	7606	1106	98,13664596	17122

**Tabla 17 Grupo 4 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
E660	Obesidad debida a exceso de calorías	591	16,97	8931	164	7,13	1904
E669	Obesidad, no especificada	266	7,64	4023	117	5,08	1942
E881	Lipodistrofia, no clasificada en otra parte	151	4,34	2868	24	1,04	342
E109	Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	160	4,60	1242	141	6,13	2410
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	223	6,40	1092	169	7,34	1806
E039	Hipotiroidismo, no especificado	139	3,99	815	68	2,95	656
E662	Obesidad extrema con hipoventilación alveolar	48	1,38	810	13	0,56	173
E882	Lipomatosis, no clasificada en otra parte	86	2,47	643	10	0,43	38
E059	Tirotoxicosis, no especificada	67	1,92	599	45	1,95	422
E790	Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea	177	5,08	588	89	3,86	461
	Otros enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1574	45,20	12978	1443	62,73	25754
<b>TOTAL</b>		<b>3482</b>	<b>100</b>	<b>34589</b>	<b>2283</b>	<b>99,26</b>	<b>35908</b>

**Tabla 18 Grupo 5 Trastornos mentales y del comportamiento**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1020	17,77	9695	1735	15,47	32496
F332	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	243	4,23	4160	658	5,87	16129
F322	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	250	4,35	3471	669	5,97	14929
F321	Episodio depresivo moderado	311	5,42	3280	532	4,74	11439
F331	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	159	2,77	2639	584	5,21	13932
F203	Esquizofrenia indiferenciada	113	1,97	2450	421	3,75	11038
F319	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	146	2,54	2319	382	3,41	8768
F419	Trastorno de ansiedad, no especificado	507	8,83	2184	433	3,86	5887
F329	Episodio depresivo, no especificado	220	3,83	1766	342	3,05	6030
F432	Trastornos de adaptación	149	2,60	1553	121	1,08	2381
	Otros	2623	45,69	32635	5314	47,39	119896
<b>TOTAL</b>		5741	100	66152	11191	99,80	242925



**Tabla 19 Grupo 6 Enfermedades del sistema nervioso**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
G560	Síndrome del túnel carpiano	3751	21,41	39356	5218	36,28	63942
G439	Migraña, no especificada	4542	25,93	8415	1077	7,49	2661
G442	Cefalea debida a tensión	2320	13,24	4904	515	3,58	1523
G510	Parálisis de bell	623	3,56	3376	745	5,18	6609
G409	Epilepsia, tipo no especificado	313	1,79	1950	374	2,60	5681
G473	Apnea del sueño	121	0,69	1794	92	0,64	1917
G430	Migraña sin aura [migraña común]	808	4,61	1502	222	1,54	700
G432	Estado migrañoso	783	4,47	1446	139	0,97	320
G20X	Enfermedad de Parkinson	62	0,35	1341	326	2,27	8224
G431	Migraña con aura [migraña clásica]	674	3,85	1293	185	1,29	501
	Otros	3520	20,09	23436	5438	37,81	104483
<b>TOTAL</b>		<b>17517</b>	<b>100,00</b>	<b>88813</b>	<b>14331</b>	<b>99,63</b>	<b>196561</b>

**Tabla 20 Grupo 7 Enfermedades del ojo y sus anexos**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
H110	Pterigion	5073	29,17	69829	632	8,81	5493
H269	Catarata, no especificada	550	3,16	11219	158	2,20	2507
H103	Conjuntivitis aguda, no especificada	3410	19,61	8886	919	12,80	2890
H259	Catarata senil, no especificada	258	1,48	4993	71	0,99	1139
H251	Catarata senil nuclear	208	1,20	4440	20	0,28	279
H330	Desprendimiento de la retina con ruptura	170	0,98	3679	372	5,18	8306
H262	Catarata complicada	141	0,81	3209	38	0,53	630
H258	Otras cataratas seniles	120	0,69	2810	31	0,43	540
H000	Orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado	770	4,43	2110	180	2,51	576
H001	Calacio [chalazion]	467	2,69	2022	77	1,07	287
		6222	35,78	46584	4675	65,14	78600
		17389	100	159781	7173	99,94	101247

**Tabla 21 Grupo 8 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
H813	Otros vértigos periféricos	3746	30,92	11931	2127	37,70	17277
H811	Vértigo paroxístico benigno	1597	13,18	5141	878	15,56	4714
H669	Otitis media, no especificada	1247	10,29	3105	308	5,46	961
H651	Otra otitis media aguda, no supurativa	616	5,09	1626	137	2,43	614
H71X	Colesteatoma del oído medio	110	0,91	1618	41	0,73	710
H720	Perforación central de la membrana timpánica	119	0,98	1529	24	0,43	127
H659	Otitis media no supurativa, sin otra especificación	603	4,98	1446	139	2,46	370
H609	Otitis externa, sin otra especificación	525	4,33	1283	154	2,73	443
H814	Vértigo de origen central	364	3,00	1280	266	4,71	2583
H701	Mastoiditis crónica	91	0,75	1244	76	1,35	879
	Otros	3096	25,56	14183	1463	25,93	15445
<b>TOTAL</b>		12114	100,00	44386	5613	99,49	44123

**Tabla 22 Grupo 9 Enfermedades del sistema circulatorio**

DIAGNÓSTICO			NOVO		PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia2	Porcentaje	Días
I839	Venas varicosas de los miembros inferiores sin ulcera ni inflamación	1011	7,46	15817	354	2,35	2868
I209	Angina de pecho, no especificada	1538	11,35	10338	742	4,92	8965
I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	434	3,20	10021	534	3,54	11452
I872	Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	842	6,22	8246	540	3,58	4871
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1776	13,11	7850	1000	6,63	12266
I861	Varices escrotales	712	5,26	7731	357	2,37	2445
I200	Angina inestable	310	2,29	3895	268	1,78	4567
I831	Venas varicosas de los miembros inferiores con inflamación	264	1,95	3646	181	1,20	1856
I255	Cardiomiopatía isquémica	180	1,33	3420	561	3,72	13337
I679	Enfermedad cerebrovascular, no especificada	187	1,38	3393	845	5,60	20351
	Otros	6291	46,45	66393	9652	63,98	186864
<b>TOTAL</b>		13545	100	140750	15034	99,66	269842

**Tabla 23 Grupo 10 Enfermedades del sistema respiratorio**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	23374	26,17	52973	4377	18,90	11181
J029	Faringitis aguda, no especificada	13217	14,80	30505	2683	11,58	6685
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	11248	12,59	27534	2184	9,43	5496
J342	Desviación del tabique nasal	1906	2,13	24024	290	1,25	1883
J209	Bronquitis aguda, no especificada	6465	7,24	21237	2590	11,18	9036
J019	Sinusitis aguda, no especificada	4827	5,40	12878	1030	4,45	2809
J040	Laringitis aguda	4507	5,05	11783	1311	5,66	5806
J329	Sinusitis crónica, no especificada	816	0,91	8891	258	1,11	1572
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	3319	3,72	8886	722	3,12	2172
J060	Laringofaringitis aguda	2471	2,77	6349	570	2,46	1700
	Otros		19,23	80363	7125	30,76	63377
	<b>TOTAL</b>		100,00	285423	23140	99,91	111717

**Tabla 24 Grupo 11 Enfermedades del sistema digestivo**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
K359	Apendicitis aguda, no especificada	3321	7,50	49268	1535	9,37	13558
K409	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	3038	6,86	47515	1905	11,63	16972
K429	Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena	2906	6,56	38352	1136	6,93	8127
K800	Calculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	1771	4,00	23724	700	4,27	6182
K010	Dientes incluidos	5640	12,73	17405	1156	7,06	2858
K802	Calculo de la vesícula biliar sin colecistitis	1253	2,83	14833	515	3,14	4799
K439	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	801	1,81	13811	516	3,15	5653
K37X	Apendicitis, no especificada	601	1,36	8332	319	1,95	2479
K402	Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena	414	0,93	6986	310	1,89	2876
K801	Calculo de la vesícula biliar con otra colecistitis	511	1,15	6790	202	1,23	2069
	Otros	24042	54,27	112136	8071	49,26	66218
	<b>TOTAL</b>	44298	100,00	339152	16365	99,88	131791

**Tabla 25 Grupo 12 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
L031	Celulitis de otras partes de los miembros	3036	12,19	16511	1604	13,27	9887
L600	Una encarnada	3507	14,08	14708	2024	16,75	8339
L039	Celulitis de sitio no especificado	1797	7,22	8908	803	6,65	4419
L029	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de sitio no especificado	2168	8,71	8202	760	6,29	3262
L024	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de miembro	2060	8,27	7963	835	6,91	3373
L028	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de otros sitios	2073	8,32	7345	739	6,12	2939
L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie	1129	4,53	5017	598	4,95	3004
L023	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de glúteos	840	3,37	3731	333	2,76	2115
L032	Celulitis de la cara	607	2,44	2623	181	1,50	845
I088	Otras infecciones locales especificadas de la piel y del tejido subcutáneo	682	2,74	2570	334	2,76	1639
	Otros	7005	28,13	32560	3852	31,88	33513
<b>TOTAL</b>		<b>24904</b>	<b>100,00</b>	<b>110138</b>	<b>12063</b>	<b>99,83</b>	<b>73335</b>

**Tabla 26 Grupo 13 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
M545	Lumbago no especificado	26145	34,60	90472	18996	25,19	189813
M751	Síndrome del manguito rotatorio	2662	3,52	31970	6875	9,12	107019
M542	Cervicalgia	4678	6,19	15320	2480	3,29	22241
M239	Trastorno interno de la rodilla, no especificado	1725	2,28	15017	2087	2,77	28479
M544	Lumbago con ciática	2456	3,25	13600	4054	5,38	49794
M201	Hallux valgus (adquirido)	494	0,65	12490	721	0,96	13820
M755	Bursitis del hombro	2479	3,28	10963	1738	2,30	17636
M674	Ganglion	704	0,93	10729	226	0,30	2046
M232	Trastorno de menisco debido a desgarro o lesión antigua	508	0,67	9473	912	1,21	14871
M511	Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	834	1,10	8835	2723	3,61	43858
	Otros	32877	43,51	209247	34527	45,79	513018
<b>TOTAL</b>		<b>75562</b>	<b>100,00</b>	<b>428116</b>	<b>75339</b>	<b>99,91</b>	<b>1002595</b>



**Tabla 27 Grupo 14 Enfermedades del sistema genitourinario**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9425	24,15	36656	3274	18,68	15221
N40X	Hiperplasia de la próstata	710	1,82	14569	391	2,23	4460
N200	Calculo del riñón	2638	6,76	12955	1713	9,77	8885
N46X	Esterilidad en el varón	2286	5,86	12096	260	1,48	1126
N939	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	1855	4,75	11985	587	3,35	3623
N971	Infertilidad femenina de origen tubárico	1848	4,74	11542	244	1,39	1139
N23X	Cólico renal, no especificado	2785	7,14	9338	1486	8,48	6323
N62X	Hipertrofia de la mama	476	1,22	7902	222	1,27	2285
N201	Calculo del uréter	1261	3,23	7887	788	4,50	4205
N209	Calculo urinario, no especificado	1647	4,22	6452	926	5,28	3892
	Otros	14091	36,11	117236	7608	43,41	97739
	TOTAL	39022	100,00	248618	17499	99,84	148898

**Tabla 28 Grupo 15 Embarazo, parto y puerperio**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
O470	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	8773	35,32	71511	13151	44,43	120158
O200	Amenaza de aborto	10779	43,39	69444	11773	39,78	89539
O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	648	2,61	4265	782	2,64	5505
O009	Embarazo ectópico, no especificado	285	1,15	4211	135	0,46	1241
O479	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	426	1,71	3023	452	1,53	3854
O210	Hiperémesis gravídica leve	504	2,03	2153	521	1,76	2992
O13X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	202	0,81	2014	135	0,46	1275
O16X	Hipertensión materna, no especificada	220	0,89	1895	175	0,59	1515
O120	Edema gestacional	262	1,05	1627	300	1,01	1751
O269	Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	246	0,99	1469	241	0,81	1660
	Otros	2496	10,05	19494	1903	6,43	17039
	TOTAL		100,00	181106	29568	99,90	246529

**Tabla 29 Grupo 16 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
P370	Tuberculosis congénita	1	3,03	30	.	.	.
P390	Mastitis infecciosa neonatal	7	21,21	23	.	.	.
P059	Retardo del crecimiento fetal, no especificado	3	9,09	21	.	.	.
P614	Otras anemias congénitas, no clasificadas en otra parte	1	3,03	15	.	.	.
P721	Hipertiroidismo neonatal transitorio	2	6,06	14	.	.	.
P783	Diarrea neonatal no infecciosa	5	15,15	11	.	.	.
P374	Otros paludismos congénitos	1	3,03	10	.	.	.
P833	Otros edemas y los no especificados, propios del feto y del recién nacido	2	6,06	7	2	33,33	16
P371	Toxoplasmosis congénita	1	3,03	5	.	.	.
P546	Hemorragia vaginal neonatal	2	6,06	5	.	.	.
	Otros	8	24,24	21	5	83,33	11
	<b>TOTAL</b>	33	100	162	7	116,666667	27

**Tabla 30 Grupo 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
Q831	Mama supernumeraria	28	12,84	387	6	6	66
Q850	Neurofibromatosis (no maligna)	10	4,58	162	3	3	9
Q282	Malformación arteriovenosa de los vasos cerebrales	10	4,58	160	7	7	105
Q501	Quiste en desarrollo del ovario	18	8,25	132	3	3	9
Q650	Luxación congénita de la cadera, unilateral	6	2,75	70	2	2	17
Q656	Cadera inestable	6	2,75	67	30	30	640
Q180	Seno, fistula o quiste de la hendidura branquial	5	2,29	63	1	1	20
Q230	Estenosis congénita de la válvula aortica	2	0,91	60	.	.	.
Q288	Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio, especificadas	2	0,91	60	6	6	180
Q754	Disostosis maxilofacial	4	1,83	60	.	.	.
	Otros	127	58,25	1125	57	57	881
	<b>TOTAL</b>	218	100	2346	115	115	1927

**Tabla 31 Grupo 18 Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
R102	Dolor pélvico y perineal	8720	20,46	35818	3570	26,15	21087
R51X	Cefalea	9850	23,12	21155	2411	17,66	8157
R501	Fiebre persistente	5450	12,79	18293	1497	10,97	5030
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	3142	7,37	8204	996	7,30	4137
R509	Fiebre, no especificada	2661	6,24	6683	711	5,21	2214
R100	Abdomen agudo	1696	3,98	6662	521	3,82	3334
R42X	Mareo y desvanecimiento	1310	3,07	2747	166	1,22	381
R103	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	741	1,74	2088	287	2,10	1127
R072	Dolor precordial	564	1,32	2039	217	1,59	1386
R490	Disfonía	599	1,41	1943	369	2,70	3184
	Otros	7878	18,49	28599	2872	21,04	21319
<b>TOTAL</b>		42611	100	134231	13617	99,75	71356

**Tabla 32 Grupo 19 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas**

DIAGNÓSTICO			NOVO			PRORROGA	
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
S934	Esguinces y torceduras del tobillo	5668	6,19	42890	2887	3,38	27636
S420	Fractura de la clavícula	1484	1,62	37488	2096	2,45	42923
S800	Contusión de la rodilla	5338	5,83	33357	3831	4,48	47074
S835	Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla	1260	1,37	29286	2452	2,87	46355
S525	Fractura de la epífisis inferior del radio	1113	1,217	28924	1807	2,11	37604
S623	Fractura de otros huesos metacarpianos	1115	1,21	27462	1048	1,22	16714
S626	Fractura de otro dedo de la mano	1218	1,33	25304	1212	1,42	18917
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	903	0,98	22948	3378	3,95	81868
S832	Desgarro de meniscos, presente	1024	1,11	21850	1449	1,69	25188
S923	Fractura de hueso del metatarso	850	0,92	20722	1027	1,20	17836
	Otros	71481	78,16	701023	64082	75,09	1007831
<b>TOTAL</b>		<b>91454</b>	<b>100</b>	<b>991254</b>	<b>85269</b>	<b>99,92</b>	<b>1369946</b>

**Tabla 33 Grupo 20 Causas externas de morbilidad y de mortalidad**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
V202	Motociclista lesionado por colisión con peatón o animal, motociclista no especificado, lesionado en accidente no de tránsito	17	2,76	174	2	2,22	41
V299	Motociclista [cualquiera] lesionado en accidente de tránsito no especificado	19	3,09	147	.	.	.
Y883	Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente	9	1,46	102	2	2,22	23
V294	Conductor de motocicleta lesionado por colisión con otros vehículos de motor, y con los no especificados, en accidente de tránsito	8	1,30	75	1	1,11	8
W540	Mordedura o ataque de perro, en vivienda	27	4,39	71	2	2,22	5
V240	Motociclista lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús conductor lesionado en accidente no de tránsito	3	0,49	65	.	.	.
W544	Mordedura o ataque de perro, en calles y carreteras	20	3,25	60	.	.	.
W548	Mordedura o ataque de perro, en otro lugar especificado	18	2,93	55	4	4,44	22
Y881	Secuelas de incidentes ocurridos al paciente durante procedimientos médicos y quirúrgicos	2	0,33	51	.	.	.
Y838	Otros procedimientos quirúrgicos	8	1,30	51	1	1,11	2
	Otros	484	78,70	1921	48	53,33	234
	<b>TOTAL</b>	<b>615</b>	<b>100</b>	<b>2772</b>	<b>60</b>	<b>66,67</b>	<b>335</b>

**Tabla 34 Grupo 21 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud**

DIAGNÓSTICO		NOVO			PRORROGA		
CIE10	DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Días	Frecuencia	Porcentaje	Días
Z302	Esterilización	1455	64,78	7996	160	42,44	632
Z988	Otros estados postquirúrgicos especificados	190	8,45	2052	86	22,81	943
Z540	Convalecencia consecutiva a cirugía	48	2,13	448	16	4,24	178
Z321	Embarazo confirmado	122	5,43	390	20	5,30	67
Z489	Cuidado posterior a la cirugía, no especificado	30	1,33	199	15	3,97	198
Z348	Supervisión de otros embarazos normales	47	2,09	160	6	1,59	45
Z488	Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía	16	0,71	126	6	1,59	55
Z421	Cuidados posteriores a la cirugía plástica de la mama	7	0,31	96	.	.	.
Z961	Presencia de lentes intraoculares	7	0,31	94	.	.	.
Z950	Presencia de marcapaso cardiaco	5	0,22	86	2	0,53	23
	Otros	319	14,20	1543	57	15,11	916
	<b>TOTAL</b>	<b>2246</b>	<b>100</b>	<b>13190</b>	<b>368</b>	<b>97,61</b>	<b>3057</b>



- **Distribución por especialidad que expide la incapacidad**

**Tabla 35 Especialidad que expide incapacidad**

ESPECIALIDAD	NOVO		PRORROGA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANESTESIOLOGÍA	466938	71,87	272097	70,12
MEDICINA GENERAL	129568	19,94	75999	19,58
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	13530	2,08	15447	3,98
CIRUGÍA GENERAL	8276	1,27	4944	1,27
GINECOBISTETRICA	7555	1,16	4026	1,04
UROLOGÍA	3533	0,54	1023	0,26
OFTALMOLOGÍA	2755	0,42	711	0,18
OTORRINOLARINGOLOGÍA	2630	0,40	786	0,20
ODONTOLOGÍA GENERAL	2271	0,35	599	0,15
MEDICINA INTERNA	1122	0,17	1016	0,26
OTROS	11485	1,77	11392	2,94
<b>TOTAL</b>	<b>649663</b>	<b>100</b>	<b>388040</b>	<b>100,00</b>

Dentro de otras especialidades que emiten la incapacidad, se encuentra: Cirugía maxilofacial, Psiquiatría, Neurocirugía, Cirugía vascular, Odontología especializada, Cirugía plástica y reconstructiva, Pediatría, Cirugía laparoscópica, Gastroenterología, Medicina de urgencias y domiciliaria, Terapia física, Enfermería, Fisiatría, Dermatología, Administración servicios de salud, Cirugía de tórax, Radiología, Cirugía cardiovascular, Neurología, Cirugía oncológica, Salud ocupacional, Psicología, Traumatología y ortopedia pediátrica, Medicina familiar, Medicina alternativa, Terapia ocupacional, Neumología, Bacteriología, Oncología, Medicina intensiva adultos, Ginecología oncológica, Cardiología, Endoscopia digestiva, Ortodoncia, Fonoaudiología, Reumatología, Oftalmología pediátrica, Terapia respiratoria, Cirugía de la mano, Nefrología, Medicina nuclear, Optometría, Proctología, Cirugía pediátrica, Obstetricia, Endocrinología, Genética, Patología, Hematología, Radioterapia, Cardiología pediátrica, Nutrición, Ortopedia oncológica, Terapia del lenguaje, Infectología, Neonatología, Hemato oncología, Cirugía vascular y angiología, Hepatología, Inmunología y alergias, Trabajo social, Cirugía de la mama y tumores de tejidos blandos, Citotecnología, Infectología pediátrica, Medicina intensiva pediátrica, Radioncología, Gastroenterología pediátrica, Nefrología pediátrica, Neurología pediátrica, Colposcopia, Dolor y cuidados paliativos, Epidemiología, Otorología, Bacteriología, Cirugía de cadera y reemplazos articulares, Geriátrica, Histotecnología, Oftalmología oncológica y Toxicología clínica.

Frente a lo anterior, el resultado de esta variable indica la inconsistencia y los errores en el llenado del sistema de información, donde el 70.12% de todas incapacidades figuran expedidas por Anestesiología y profesionales como biólogos, psicólogos, rehabilitadores y otros, que legalmente no tienen autorización para expedir incapacidad. Esto invalida la variable para el análisis.

- **Ingreso base de cotización (IBC)**

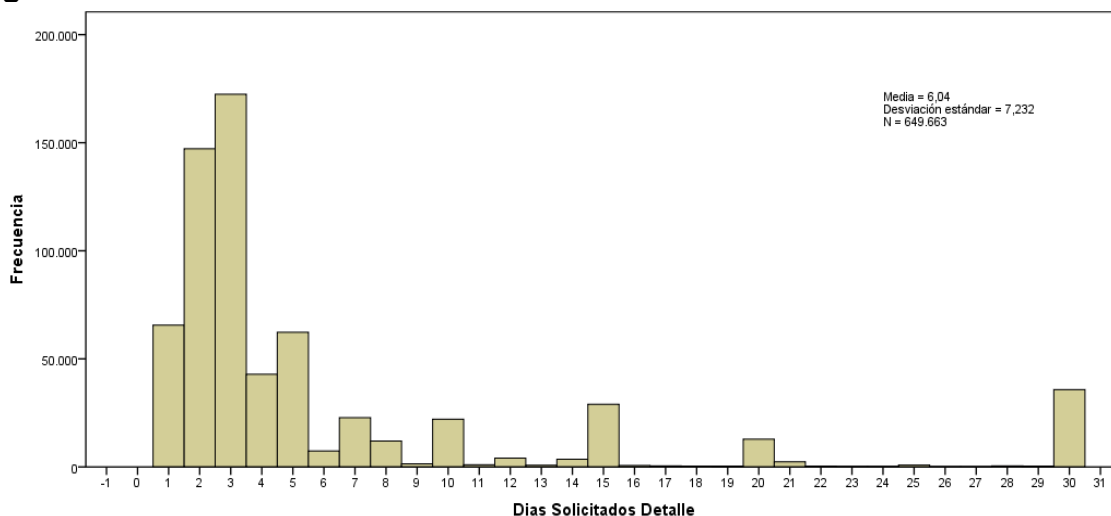
IBC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 smlv	54216	21,7
2 smlv	48865	19,6
3 a 5 smlv	9283	3,7
> 5 smlv	1578	0,6
Subtotal	113942	45,7
Sin dato	135355	54,3
Total	249297	100,0

(SMLV=salario mínimo legal vigente)

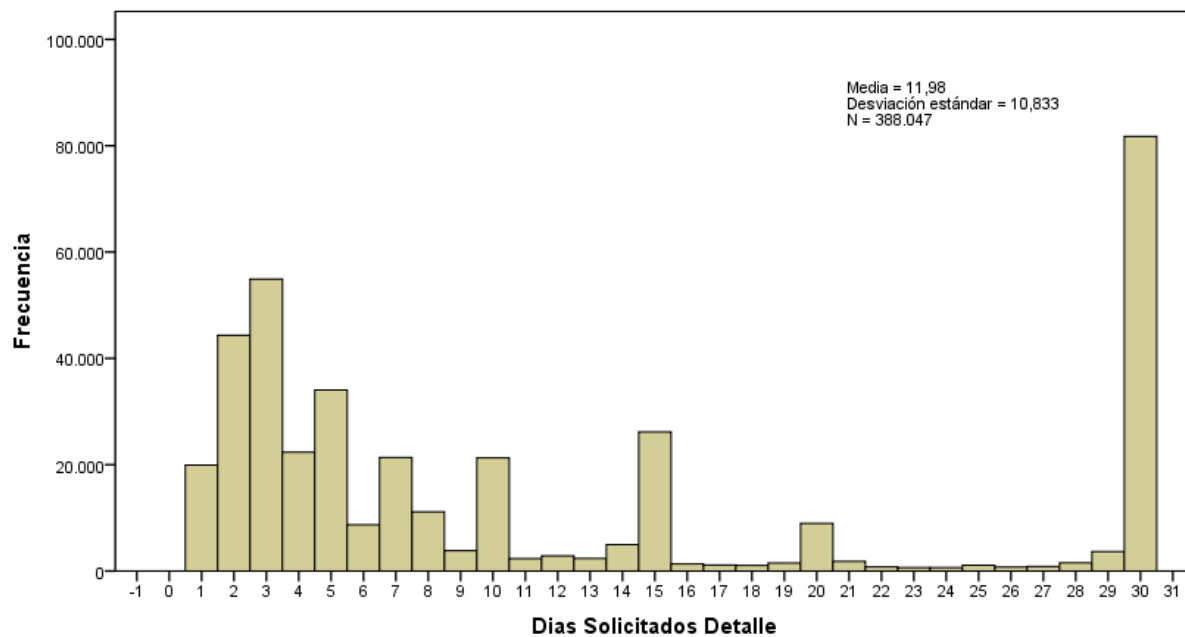
La variable sin dato corresponde al 54.3% de las incapacidades que no se liquidan por no ser reconocidas por la EPS.

- **Duración**

**Figura 4 Duración Novo**



**Figura 5 Duración Prórroga**



DURACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 1 a 3 días	39175	15,7
De 4 a 90 días	192525	77,2
De 91 a 180 días	10066	4,0
De 181 a 540 días	5741	2,3
Más de 540 días	1790	0,7
Total	249297	100,0

- **Duración de incapacidad según actividad económica de la empresa**

<b>CÓDIGO CIIU*</b>	<b>Descripción</b>	<b>NOVO</b>		<b>PRORROGA</b>	
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
7499	Otras actividades empresariales NCP	174010	26,78	112358	28,95
7491	Obtención y suministro de personal	64769	9,97	32052	8,26
7530	Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria	47925	7,38	20137	5,19
5211	Comercio al por menor, en establecimientos no especializados, con surtido compuesto principalmente de alimentos (viveres en general), bebidas y tabaco	20530	3,16	9361	2,41
7515	Actividades auxiliares de servicios para la administración pública en general	18048	2,78	10144	2,61
8511	Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internación	15895	2,45	6997	1,80
9199	Actividades de otras organizaciones NCP	14832	2,28	11918	3,07
7492	Actividades de investigación y seguridad	11433	1,76	6843	1,76
0140	Actividades de servicios agrícolas y ganaderos, excepto las actividades veterinarias	11142	1,72	9870	2,54
5121	Comercio al por mayor de materias primas, productos agrícolas y pecuarios, excepto café y flores	8274	1,27	3432	0,88
9309	Otras actividades de servicios NCP	7962	1,23	5104	1,32

CÓDIGO CIIU*	Descripción	NOVO		PRORROGA	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
6512	Actividades de los bancos, diferentes del banco central	7816	1,20	3000	0,77
7414	Actividades de asesoramiento empresarial y en materia de gestión	7809	1,20	4842	1,25
9111	Actividades de organizaciones empresariales y de empleadores	7572	1,17	5655	1,46
2109	Fabricación de otros artículos de papel y cartón	7413	1,14	4136	1,07
4530	Construcción de obras de ingeniería civil	7400	1,14	5383	1,39
8011	Educación preescolar	7067	1,09	4197	1,08
Sin dato		6996	1,08	5728	1,48
1810	Confección de prendas de vestir, excepto prendas de piel	6625	1,02	3962	1,02
7220	Consultores en programas de informática, elaboración y suministro de programas de informática	6402	0,99	2773	0,71
Otros		189743	29,21	120155	30,96
<b>Total</b>		<b>649663</b>	<b>100</b>	<b>388047</b>	<b>100</b>

(\*) El CIIU corresponde a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) que es un sistema de clasificación, mediante códigos, de las actividades económicas, según procesos productivos. Empresa donde labora el trabajador.

- **Por nivel de riesgo**

RIESGO	NOVO		PRORROGA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	422890	65,1	257360	66,3
2	116879	18,0	62863	16,2
3	53738	8,3	29790	7,7

	NOVO		PRORROGA	
RIESGO	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
4	42751	6,6	27987	7,2
Sin dato	8036	1,3	6618	1,7
5	5369	,8	3429	,9
<b>Total</b>	649663	100,0	388047	100,0

Como conclusiones generales del desarrollo de este objetivo, es posible referenciar, las siguientes:

- La mayoría de los registros de trabajadores afiliados a la EPS que tuvieron incapacidad temporal de origen común se presentan en edad laboral de 22 a 52 años, pero hay presencia de población por debajo de los 18 años y por encima de la edad de pensión (57 mujeres y 62 hombres) con caso excepcional de 91 años. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los incapacitados son hombres, se encontró que las mujeres se incapacitan significativamente a menor edad.
- Debido a las características de la EPS cuya cobertura principal es el suroccidente del país, la distribución en cuanto a ciudad se encuentra sesgada prestándose mayores incapacidades en la ciudad de Cali y sus alrededores. Esta distribución es más notoria al ver ciudades principales como Bogotá y Medellín (Antioquia) que son poco representativas en el estudio. Al evaluar la relación entre el número de personas incapacitadas y la población afiliada llama la atención las sedes de Florida, Norte del Cauca y Jamundí donde está razón es igual o cerca de la unidad, es decir, toda o casi toda la población de afiliados presento incapacidad durante el periodo estudiado.
- El estudio determinó que en la población que presenta incapacidad temporal de origen común existe una mayor presencia de trabajadores dependientes (92,5%) que independientes.
- Al verificar el comportamiento de la incapacidad temporal de origen común según su distribución en el calendario, se encontró que el lunes es cuando más frecuentemente se inician las incapacidades de novo y existe una tendencia a disminuir la incidencia de estas a medida que continúan los demás días de la semana, con una marcada disminución los domingos. De forma similar, es el viernes el día en que menos incapacidades inician y el domingo es el día donde se evidencia tendencia a presentar menos incapacidad. Así también se halló que el mes de mayo es el que posee mayor frecuencia de incapacidades

y que los últimos meses del año son los que presentan menos número de incapacidades.

- Los días con mayor ausentismo laboral son los miércoles y jueves, donde se concentran las incapacidades de primera vez iniciadas los lunes y martes, y prorrogadas los miércoles y jueves.
- Las enfermedades que más incapacidades producen son las infecciosas, traumáticas, respiratorias y osteomusculares. Cuando se evalúan por diagnóstico específico, llama la atención que, si bien las enfermedades incluidas en estos grupos continúan siendo las más significativas, existe un porcentaje relativamente alto en patologías relacionadas con el embarazo.
- Para el Ingreso de Base de Cotización sólo se dispone información de incapacidades reconocidas y liquidadas por la EPS, por lo que se evidencia un alto número de valores los cuales no son consignados en la base datos (54%). El mayor porcentaje de incapacidades se presentó en niveles de salarios bajos (1 a 2 SMLV).
- Al evaluar la duración de incapacidades de Novo, el mayor porcentaje de estas duran 3 días con una disminución significativa por encima de 3 días. Los valores altos se evidencian en múltiplos de 5 lo que podría corresponder a una distribución aleatoria sin un parámetro claro.
- Las prórrogas tienden a ser de 30 días y en total las incapacidades tienden a durar de 4 a 90 días (77,2%) donde el trabajador recibe 2/3 de su salario, con una disminución importante por encima de 90 días (7%) a partir del cual el trabajador recibe como subsidio el 50% de su salario.
- Resultó interesante observar que el mayor número de incapacidades se presentaron en trabajadores de empresas que figuran con actividades económicas poco específicas, las cuales pueden estar asociadas a trabajos con la denominación “oficios varios” o simplemente tendencia a usar códigos predeterminados por parte de los afiladores sin detenerse a indagar realmente sobre la actividad económica que desempeña la empresa donde se emplean los trabajadores.
- Los resultados evidencian mayor cantidad de las incapacidades por enfermedad general en trabajadores afiliados en categoría más bajas de riesgo profesional, con menor número de incapacidades en la categoría 5.

## 7.2. OBJETIVO II: FACTORES RELACIONADOS CON LA FRECUENCIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015

- **Frecuencia incapacidad según edad**

Inicialmente se realizó una correlación de Spearman entre la edad y el número de incapacidades, variables que no presentaron normalidad, dando una correlación significativa de -0.19 con un valor-p=0, indicando una correlación inversa. Al asociar estas dos variables de forma categórica también existe asociación significativa entre los grupos etarios y los diferentes grupos de número de eventos con un chi-cuadrado de 1489 y un valor-p=0 y chi-cuadrado de asociación lineal de 629 con un valor-p=0.

Aproximadamente el 87% de las personas se incapacitaron de 1 a 10 veces en el periodo estudiado y corresponden principalmente a edades medias entre 25 y 42 años. Cuando se evalúa el grupo de personas que presentaron más de 10 incapacidades, se encuentra que el mayor porcentaje corresponde a trabajadores entre 15 a 25 años y este porcentaje disminuye paulatinamente a medida que aumenta la edad.

**Tabla 36 Frecuencia de incapacidad según edad**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
Cuartil de Edad (años)	15.0 a 25.0	Recuento	51733	7066	2185	892	888	10	62774
		% dentro de FRECUENCIA A	23,9%	33,1%	34,3%	33,8%	30,9%	25,0%	25,2%
		% del total	20,8%	2,8%	0,9%	0,4%	0,4%	0,0%	25,2%
	25,1 a 32.0	Recuento	58276	5587	1529	599	627	9	66627
		% dentro de FRECUENCIA A	27,0%	26,2%	24,0%	22,7%	21,8%	22,5%	26,7%



FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)								TOTAL
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50	
	% del total	23,4%	2,2%	0,6%	0,2%	0,3%	0,0%	26,7%
	Recuento	54349	4881	1366	583	754	15	61948
32. 1 a 42. 0	% dentro de FRECUENCIA A	25,2%	22,9%	21,5%	22,1%	26,2%	37,5%	24,8%
	% del total	21,8%	2,0%	0,5%	0,2%	0,3%	0,0%	24,8%
	Recuento	51681	3808	1285	564	604	6	57948
42. 1 a 55. 0	% dentro de FRECUENCIA A	23,9%	17,8%	20,2%	21,4%	21,0%	15,0%	23,2%
	% del total	20,7%	1,5%	0,5%	0,2%	0,2%	0,0%	23,2%
	Recuento	21603 9	21342	6365	2638	2873	40	249297
TOTAL	% dentro de FRECUENCIA A	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0 %	100,0%
	% del total	86,7%	8,6%	2,6%	1,1%	1,2%	0,0%	100,0%

- **Frecuencia incapacidad según ciudad**

Se intentó realizar asociación mediante tabla de contingencia entre ciudades y frecuencia de incapacidades, produciendo un resultado inválido de chi-cuadrado con el 68% de las casillas con valores esperados menores que 5.

- Frecuencia incapacidad según género

**Tabla 37 Frecuencia de incapacidad según género**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
Género	FEMENINO	Recuento	90079	9795	3031	1299	1506	20	105730
		% dentro de FRECUENCIA	41,7%	45,9%	47,6%	49,2%	52,4%	50,0%	42,4%
		% del total	36,1%	3,9%	1,2%	0,5%	0,6%	0,0%	42,4%
	MASCULINO	Recuento	125960	11547	3334	1339	1367	20	143567
		% dentro de FRECUENCIA	58,3%	54,1%	52,4%	50,8%	47,6%	50,0%	57,6%
		% del total	50,5%	4,6%	1,3%	0,5%	0,5%	0,0%	57,6%
TOTAL	Recuento	216039	21342	6365	2638	2873	40	249297	
	% dentro de FRECUENCIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	86,7%	8,6%	2,6%	1,1%	1,2%	0,0%	100,0%	

De acuerdo con la tabla se puede apreciar que existe una asociación altamente significativa entre género y la frecuencia de incapacidades temporales de origen común (chi-cuadrado de 392 y un valor-p=0), donde se evidencia que hay un mayor porcentaje en hombres (57,6%) que en mujeres (42.4%) y la gran mayoría están entre 1 a 10 eventos (86.6%). Hasta los 30 eventos sigue existiendo supremacía en los hombres y por encima se igualan.

- Frecuencia incapacidad según tipo de afiliación

**Tabla 38 Frecuencia de incapacidad según tipo de afiliación**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
Afiliación	Independiente	Recuento	17075	883	234	105	90	2	18389
		% dentro de FRECUENCIA	7,9%	4,1%	3,7%	4,0%	3,1%	5,0%	7,4%
		% del total	6,9%	,4%	,1%	,0%	,0%	,0%	7,4%
	Dependiente	Recuento	19868 7	20456	6130	2533	2781	38	23062 5
		% dentro de FRECUENCIA	92,1%	95,9%	96,3%	96,0%	96,9%	95,0%	92,6%
		% del total	79,8%	8,2%	2,5%	1,0%	1,1%	0,0%	92,6%
TOTAL	Recuento	21576 2	21339	6364	2638	2871	40	24901 4	
	% dentro de FRECUENCIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	
	% del total	86,6%	8,6%	2,6%	1,1%	1,2%	,0%	100,0 %	

Hay una asociación altamente significativa entre el tipo de afiliación y frecuencia de incapacidades siendo mayor en personas que cotizan como dependientes en todos los grupos con respecto a los independientes. Chi-cuadrado de 666 y un valor-p=0.

- Frecuencia incapacidad según grupo de diagnóstico

**Tabla 39 Frecuencia de incapacidad según grupo de diagnóstico (dx)**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
Código Grupo dx	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Recuento	41554	3489	972	392	423	3	46833
		% dentro de FRECUENCIA	19,2%	16,3%	15,3%	14,9%	14,7%	7,5%	18,8%
		% del total	16,7%	1,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	18,8%
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Recuento	39469	3696	955	379	387	1	44887
		% dentro de FRECUENCIA	18,3%	17,3%	15,0%	14,4%	13,5%	2,5%	18,0%
		% del total	15,8%	1,5%	,4%	,2%	,2%	,0%	18,0%
	Enfermedades del sistema respiratorio	Recuento	25257	2906	939	346	356	7	29811
		% dentro de FRECUENCIA	11,7%	13,6%	14,8%	13,1%	12,4%	17,5%	12,0%
		% del total	10,1%	1,2%	,4%	,1%	,1%	,0%	12,0%
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Recuento	18881	2350	772	406	538	5	22952
		% dentro de FRECUENCIA	8,7%	11,0%	12,1%	15,4%	18,7%	12,5%	9,2%
		% del total	7,6%	,9%	,3%	,2%	,2%	,0%	9,2%
	OTROS (*)	Recuento	90878	8901	2727	1115	1169	24	104814
		% dentro de FRECUENCIA	42%	42%	43%	42%	41%	60%	42%
		% del total	36%	4%	1%	0%	0%	0%	42%
TOTAL	Recuento	216039	21342	6365	2638	2873	40	249297	
	% dentro de FRECUENCIA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	% del total	87%	9%	3%	1%	1%	0%	100%	

La tabla anterior está resumida con las 4 principales causas y las restantes se incluyeron en el elemento “otros”. Ante lo cual, se puede deducir que existe una

asociación entre el grupo de enfermedad y la frecuencia de incapacidades con un chi-cuadrado de 2441.0 y un valor-p=0. Siendo las de mayor frecuencia de incapacidad, y en su orden: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (con un porcentaje medio de 18.8%), traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (18.0%), enfermedades del sistema respiratorio (12.0%) y enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9.2%).

- **Frecuencia incapacidad según IBC (Índice de Base de Cotización)**

**Tabla 40 Frecuencia de incapacidad según IBC**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
IBC	1 SMLV	Recuento	46862	4569	1388	650	738	9	54216
		% dentro de FRECUENCIA IA	46,0%	58,1%	61,5%	67,6%	69,5%	69,2%	47,6%
		% del total	41,1%	4,0%	1,2%	0,6%	0,6%	0,0%	47,6%
	2 SMLV	Recuento	44969	2677	695	250	271	3	48865
		% dentro de FRECUENCIA IA	44,2%	34,0%	30,8%	26,0%	25,5%	23,1%	42,9%
		% del total	39,5%	2,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,0%	42,9%
	3 A 5 SMLV	Recuento	8469	552	157	55	49	1	9283
		% dentro de FRECUENCIA IA	8,3%	7,0%	7,0%	5,7%	4,6%	7,7%	8,1%
		% del total	7,4%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	8,1%
	> 5 SMLV	Recuento	1483	69	16	6	4	0	1578
		% dentro de FRECUENCIA IA	1,5%	0,9%	0,7%	0,6%	0,4%	0,0%	1,4%
		% del total	1,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
TOTAL	Recuento	101783	7867	2256	961	1062	13	113942	
	% dentro de FRECUENCIA IA	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	89,3%	6,9%	2,0%	0,8%	0,9%	0,0%	100,0%	

Hay asociación altamente significativa entre el Índice de base cotización y la frecuencia de incapacidades. Chi-cuadrado de 996 y valor-p=0. Se encuentra que los mayores porcentajes de frecuencia de incapacidad (>90%) están en los grupos de 1 y 2 SMLV.

- **Frecuencia incapacidad según actividad económica**

Se intentó realizar asociación mediante tabla de contingencia entre la actividad económica de la empresa donde labora el trabajador y la frecuencia de incapacidades, dando un resultado inválido para chi-cuadrado con el 66.3% de las casillas con valores esperados menores que 5. El 30.4% de la frecuencia de incapacidad se presenta en CIU 7499 que corresponde a Otras actividades empresariales NCP, el 10.2% para el 7491 que es Obtención y suministro de personal, y el 3.4% para el 9199 que es Actividades de otras organizaciones NCP. El resto ocupan porcentajes <2.8% con la mayoría <1%.

**Tabla 41 Frecuencia incapacidad según riesgo por actividad económica**

		FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)						TOTAL	
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	> 50		
Riesgo de Actividades Económicas	1	Recuento	150154	14442	4160	1784	1914	29	172483
		% dentro de FRECUENCIA A	70,8%	68,3%	66,0%	68,2%	67,4%	72,5%	70,4%
		% del total	61,3%	5,9%	1,7%	0,7%	0,8%	0,0%	70,4%
	2	Recuento	29615	3580	1205	485	561	7	35453
		% dentro de FRECUENCIA A	14,0%	16,9%	19,1%	18,5%	19,8%	17,5%	14,5%
		% del total	12,1%	1,5%	0,5%	0,2%	0,2%	0,0%	14,5%
	3	Recuento	15943	1607	480	172	192	1	18395
		% dentro de FRECUENCIA A	7,5%	7,6%	7,6%	6,6%	6,8%	2,5%	7,5%

FRECUENCIA INCAPACIDADES (número de eventos)							
		1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	TOTAL
	% del total	6,5%	0,7%	0,2%	0,1%	0,1%	7,5%
	Recuento	14646	1309	406	155	147	16666
4	% dentro de FRECUENCIA A	6,9%	6,2%	6,4%	5,9%	5,2%	6,8%
	% del total	6,0%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	6,8%
	Recuento	1690	194	50	19	24	1977
5	% dentro de FRECUENCIA A	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%	0,8%	0,8%
	% del total	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
	Recuento	212048	21132	6301	2615	2838	244974
Total	% dentro de FRECUENCIA A	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
	% del total	86,6%	8,6%	2,6%	1,1%	1,2%	100,0 %

Se evidencia una relación entre el riesgo laboral por actividad económica y la frecuencia de incapacidad con un chi-cuadrado de 387 y un valor-p=0. En cualquiera de los grupos de frecuencia se evidencia que entre mayor sea el riesgo menor es la frecuencia de incapacidades.

Finalmente, y como cierre del abordaje de este objetivo específico, se logra concluir que:

- Los trabajadores con mayor edad son los que presentan incapacidades con menor frecuencia.
- En la población estudiada se evidencio que son los hombres los que presentan mayores episodios de incapacidades, aunque si se tienen en cuenta la

frecuencia por encima de 30 eventos (promedio de 5 incapacidades por año), ambos géneros presentan igual proporción.

- Las personas afiliadas de forma dependiente tienen mayor frecuencia de eventos de incapacidad.
- También se puede evidenciar que entre las patologías que producen más eventos de incapacidad, están las enfermedades infecciosas y parasitarias (18.8%), traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (18.0%), enfermedades del sistema respiratorio (12.0%) y enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9.2%).
- Los trabajadores de bajos ingresos (1 y 2 SMLV) son los que presentan mayores porcentajes de frecuencia de incapacidad (>90%).
- No se pudo encontrar una relación significativa con la frecuencia de enfermedad y la actividad económica de la empresa donde labora el trabajador.
- Al analizar la frecuencia de incapacidades por el nivel de riesgo laboral de cotización, se evidencia que entre mayor sea el riesgo, menor es la frecuencia de incapacidades.



**7.3. OBJETIVO III: FACTORES RELACIONADOS A LA SEVERIDAD DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN, AFILIADOS A UNA EPS PERTENECIENTE AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA EN EL PERIODO 2010 AL 2015**

- Severidad (Duración de la incapacidad) según edad

**Tabla 42 Severidad de la incapacidad según edad**

		SEVERIDAD					Total
		De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días	
Cuartil de edad (años)	15.0 a 25.0	Recuento	12529	47552	1870	685	62774
		% dentro de SEVERIDAD	32,0%	24,7%	18,6%	11,9%	25,2%
		% del total	5,0%	19,1%	0,8%	0,3%	25,2%
	25,1 a 32.0	Recuento	10955	52075	2291	1047	66627
		% dentro de SEVERIDAD	28,0%	27,0%	22,8%	18,2%	26,7%
		% del total	4,4%	20,9%	0,9%	0,4%	26,7%
	32.1 a 42.0	Recuento	9172	48419	2499	1394	61948
		% dentro de SEVERIDAD	23,4%	25,1%	24,8%	24,3%	24,8%
		% del total	3,7%	19,4%	1,0%	0,6%	24,8%
	42.1 a 55.0	Recuento	6519	44479	3406	2615	57948
		% dentro de SEVERIDAD	16,6%	23,1%	33,8%	45,5%	51,9%
		% del total	2,6%	17,8%	1,4%	1,0%	23,2%
Total		Recuento	39175	192525	10066	5741	249297
		% dentro de SEVERIDAD	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	15,7%	77,2%	4,0%	2,3%	100,0%

Dado que las variables no tienen distribución normal se calculó un análisis de variancia no paramétrica de Kruskal Wallis con un valor- $p=0$  con unas diferencias significativas de medianas entre todos los pares de comparación de los 4 grupos de edad correspondiente a los cuartiles, con medianas de 10.0 (RIC de 19), 11.0 (RIC de 23), 13.0 (RIC de 25) y 18 (RIC de 35) para los 4 grupos de edad desde 15 años hasta 55 años.

Haciendo un análisis entre las mismas variables, pero con la variable severidad categorizada en 5 grupos, vemos que existe una asociación altamente significativa entre la edad del trabajador y la severidad de la incapacidad. Con un chi-cuadrado de 4998.12 y un valor- $p=0$ .

En los dos primeros grupos de edad (de 15 a 25 años y de 25.1 a 32 años) hay una disminución paulatina de porcentaje de personas con mayor duración de incapacidad, lo que se interpretaría como una menor severidad de las incapacidades en estos grupos. Lo contrario ocurre en el último grupo de edad de 42.1 a 55 años donde el porcentaje de personas aumenta con la duración de las incapacidades, presentándose mayor severidad. El mayor porcentaje de incapacidad se presenta entre los 4 a 90 días.

- **Severidad incapacidad según ciudad**

Se intentó realizar asociación mediante tabla de contingencia entre ciudades y Severidad de las incapacidades dándonos invalido el chi-cuadrado con el 61% de las casillas con valores esperados menores que 5.

- **Severidad incapacidad según género**

Se identifica en la siguiente tabla una asociación altamente significativa entre el género y la severidad de la incapacidad, con chi-cuadrado de 205,5 y un valor- $p=0$ . Siendo siempre mayor en los hombres que en las mujeres. En las incapacidades por encima de 180 días los hombres doblan en porcentaje a las mujeres.

**Tabla 43 Severidad incapacidad según género**

		SEVERIDAD					TOTAL	
		De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días		
Género	FEMENINO	Recuento	15892	82727	4387	2091	633	105730
		% dentro de SEVERIDAD	40,6%	43,0%	43,6%	36,4%	35,4%	42,4%
		% del total	6,4%	33,2%	1,8%	0,8%	0,3%	42,4%
	MASCULINO	Recuento	23283	109798	5679	3650	1157	143567
		% dentro de SEVERIDAD	59,4%	57,0%	56,4%	63,6%	64,6%	57,6%
		% del total	9,3%	44,0%	2,3%	1,5%	0,5%	57,6%
Total	Recuento	39175	192525	10066	5741	1790	249297	
	% dentro de SEVERIDAD	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	15,7%	77,2%	4,0%	2,3%	0,7%	100,0%	

- **Severidad incapacidad según tipo de afiliación**

Se identifica una asociación altamente significativa entre el tipo de afiliación y la severidad de la incapacidad, tal como se muestra en la tabla que se presenta a continuación, con chi-cuadrado de 2020 y un valor-p=0. Siendo siempre mayor en las personas afiliadas dependientemente que en las independientes con porcentajes entre 87.3% y 97.6% en dependientes.

**Tabla 44 Severidad incapacidad según tipo de afiliación**

		SEVERIDAD					TOTAL
		De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días	
Afiliación	Independient e	Recuento	929	15421	1115	730	18389
		% dentro de SEVERIDAD	2,4%	8,0%	11,1%	12,7%	7,4%
		% del total	0,4%	6,2%	0,4%	0,3%	7,4%
	Dependent e	Recuento	38204	176869	8947	5010	230625
		% dentro de SEVERIDAD	97,6%	92,0%	88,9%	87,3%	89,2%
		% del total	15,3%	71,0%	3,6%	2,0%	92,6%
Total		Recuento	39133	192290	10062	5740	249014
		% dentro de SEVERIDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	15,7%	77,2%	4,0%	2,3%	100,0%

- **Severidad incapacidad según grupo de diagnóstico**

La siguiente tabla está resumida con las 4 principales causas y las restantes (OTROS). Con lo cual se evidencia que sí existe una asociación entre el grupo de enfermedad y la severidad de incapacidades con un chi-cuadrado de 18.385,0 y un valor-p=0.

Cerca del 80% de las incapacidades por encima de 180 días se presentan en enfermedades traumáticas y osteomusculares. En cambio, las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias se presentan más frecuentemente dentro del grupo incapacidades de 1 a 90 días.

**Tabla 45 Severidad incapacidad según grupo de diagnóstico**

			SEVERIDAD					TOTAL
			De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días	
Código Grupo dx	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Recuento	11628	33882	788	429	106	46833
		% dentro de SEVERIDAD	29,7%	17,6%	7,8%	7,5%	5,9%	18,8%
		% del total	4,7%	13,6%	0,3%	0,2%	0,0%	18,8%
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	Recuento	2968	36890	3176	1499	354	44887
		% dentro de SEVERIDAD	7,6%	19,2%	31,6%	26,1%	19,8%	18,0%
		% del total	1,2%	14,8%	1,3%	0,6%	0,1%	18,0%
	Enfermedades del sistema respiratorio	Recuento	7757	20821	748	373	112	29811
		% dentro de SEVERIDAD	19,8%	10,8%	7,4%	6,5%	6,3%	12,0%
		% del total	3,1%	8,4%	0,3%	0,1%	0,0%	12,0%
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Recuento	3908	16279	1405	973	387	22952
		% dentro de SEVERIDAD	10,0%	8,5%	14,0%	16,9%	21,6%	9,2%
		% del total	1,6%	6,5%	0,6%	0,4%	0,2%	9,2%
	Otros	Recuento	12914	84653	3949	2467	831	104814
		% dentro de SEVERIDAD	33%	44%	39%	43%	46%	42%
		% del total	5%	34%	2%	1%	0%	42%
Total		Recuento	39175	192525	10066	5741	1790	249297
		% dentro de SEVERIDAD	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	15,7%	77,2%	4,0%	2,3%	0,7%	100,0%

- Severidad incapacidad según IBC (Índice de Base de Cotización)**

Hay asociación altamente significativa entre Índice de Base Cotización y la severidad de las incapacidades. Chi-cuadrado de 6.442 y valor-p=0.

Se encuentra que los mayores porcentajes de frecuencia de incapacidad (>90%) están en los grupos de 1 y 2 SMLV. A partir de los 90 días se evidencia aumento significativo en los porcentajes de severidad en paciente con 1 SMLV, en cambio en el grupo de 2 SMLV se evidencia disminución a partir de los 90 días; de forma similar ocurre con más de 2 SMLV (<10% de la población).

**Tabla 46 Severidad incapacidad según IBC**

		SEVERIDAD					TOTAL
		De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días	
IBC	1 SMLV	Recuento	1347	46525	3492	2074	54216
		% dentro de SEVERIDAD	13,3%	49,5%	62,8%	63,9%	47,6%
		% del total	1,2%	40,8%	3,1%	1,8%	47,6%
	2 SMLV	Recuento	7666	38500	1584	914	48865
		% dentro de SEVERIDAD	75,4%	41,0%	28,5%	28,2%	42,9%
		% del total	6,7%	33,8%	1,4%	0,8%	42,9%
	3 A 5 SMLV	Recuento	987	7588	429	233	9283
		% dentro de SEVERIDAD	9,7%	8,1%	7,7%	7,2%	8,1%
		% del total	0,9%	6,7%	0,4%	0,2%	8,1%
	> 5 SMLV	Recuento	164	1326	58	23	1578
		% dentro de SEVERIDAD	1,6%	1,4%	1,0%	0,7%	1,4%
		% del total	0,1%	1,2%	0,1%	0,0%	1,4%
Total		Recuento	10164	93939	5563	3244	113942
		% dentro de SEVERIDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	8,9%	82,4%	4,9%	2,8%	100,0%

- **Severidad incapacidad según actividad económica**

Se intentó realizar asociación mediante tabla de contingencia entre la actividad económica de la empresa donde labora el trabajador y la severidad de las incapacidades, dando un resultado inválido para chi-cuadrado con el 55.1% de las casillas con valores esperados menores que 5.

El 30.4% de la frecuencia de incapacidad se presenta en Código CIIU 7499 que corresponde a “Otras actividades empresariales N.C.P”, con porcentajes desde 26% de 1 a 3 días aumentado hasta 35% de 181 a 540 días y con 33.2% por encima de 540 días.

El 10.2% para el código 7491 correspondiente a “Obtención y suministro de personal” con un porcentaje desde 13.6% en 1 a 3 días disminuyendo hasta 6.6% en incapacidades superiores a 540 días.

- **Severidad incapacidad según riesgo de actividad económica**

De acuerdo con la tabla que se muestra a continuación, se identifica que existe asociación significativa entre riesgo de actividades económicas de la empresa donde labora el trabajador y la severidad de las incapacidades. Chi-cuadrado de 88 y valor- $p=0$ . El 70.4% de la población se encuentra en riesgo 1, seguido por el riesgo 2 con 14.5% que va disminuyen hasta 0.8% en riesgo 5.

Los porcentajes en las distintas categorías de severidad son similares todos los riesgos. Presentándose también una asociación lineal significativa con un chi-cuadrado de 12.8 y un valor- $p=0$

**Tabla 47 Severidad incapacidad según riesgo por actividad económica**

		SEVERIDAD					TOTAL
		De 1 a 3 días	De 4 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 540 días	Más de 540 días	
Riesgo de Actividades Económicas	1	Recuento	26687	133654	6937	3968	172483
		% dentro de SEVERIDAD	69,0%	70,7%	70,2%	70,3%	70,4%
		% del total	10,9%	54,6%	2,8%	1,6%	70,4%
	2	Recuento	5713	27187	1481	822	35453
		% dentro de SEVERIDAD	14,8%	14,4%	15,0%	14,6%	14,5%
		% del total	2,3%	11,1%	0,6%	0,3%	14,5%
	3	Recuento	3135	14024	737	376	18395
		% dentro de SEVERIDAD	8,1%	7,4%	7,5%	6,7%	7,5%
		% del total	1,3%	5,7%	,3%	,2%	7,5%
	4	Recuento	2876	12562	666	426	16666
		% dentro de SEVERIDAD	7,4%	6,6%	6,7%	7,6%	6,8%
		% del total	1,2%	5,1%	0,3%	0,2%	6,8%
	5	Recuento	283	1560	67	49	1977
		% dentro de SEVERIDAD	0,7%	0,8%	0,7%	0,9%	,8%
		% del total	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%	,8%
Total		Recuento	38694	188987	9888	5641	244974
		% dentro de SEVERIDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	15,8%	77,1%	4,0%	2,3%	100,0%

Este objetivo permitió reconocer varios factores relacionados con la severidad, obteniendo los siguientes resultados:

- Los grupos de trabajadores más jóvenes tienden a tener menor duración de las incapacidades. La severidad aumenta con la edad.
- No se pudo identificar relación entre severidad y la ciudad de residencia del trabajador.



- Se encontró que en el género masculino existe mayor severidad de la incapacidad. En las incapacidades superiores a 180 días los hombres doblan en porcentaje a las mujeres.
- Los trabajadores dependientes tienden a tener incapacidades más largas que los independientes.
- Las enfermedades traumáticas y osteomusculares son las que mayor severidad presentan, seguidas por las infecciosas.
- Las personas con menos ingresos (1-2smlv) son las que presentan incapacidades más severas.

## 8. DISCUSIÓN

- A diferencia de lo que pasa a nivel internacional donde se han descrito varias variables que están relacionadas con la incapacidad temporal de los trabajadores, en Colombia no es fácil obtener ese tipo de información por parte de las bases de datos de incapacidades que manejan las EPS. Para poder acceder a esas variables habría que consultar directamente la historia clínica (con el fin de conocer la existencia de factores de riesgo en estilos de vida, así como la presencia de comorbilidades). Las características como estado civil, personas a cargo y estrato socioeconómico se encuentran en otra base de datos de afiliación, pero no están relacionadas con el seguimiento de incapacidades. De hecho, para poder acceder al código CIU de la actividad económica de la empresa donde labora el trabajador, se tuvo que revisar manualmente la base de datos de afiliaciones y digitar esta variable caso por caso (tomo cerca de 1 mes de 6 a 8 horas diarias para realizarlo). Con respecto a las empresas, se desconoce las características que pueden llegar a afectar la incapacidad del trabajo. Esto genera una barrera de conocimiento y de aplicación de estudios al respecto.
- Como en los otros países, la incapacidad es un problema que se presenta en los trabajadores a lo largo de toda su vida laboral siendo mayormente en la población estudiada entre los 22 y 52 años. Efectivamente los trabajadores con mayor edad son los que presentan incapacidades con menor frecuencia, tal como fue encontrado por Herrero H, Martín-Román H, Moral A.(12), pero en la población objeto de estudio, se evidenció que son los hombres los que presentan mayores episodios de incapacidades, aunque, si se tienen en cuenta la frecuencias por encima de 30 eventos (promedio de 5 incapacidades por año), ambos géneros presentan igual proporción. Al evaluar la severidad de las incapacidades se encontró que ella es mayor también en el género masculino e inclusive las ausencias superiores a 180 días doblan en porcentaje a las mujeres. Por lo que el presente estudio estaría en contra de una preponderancia descrita hacia la mujer (15) (16) (22) (23) (24) (25) (26). Aunque hay que tener en cuenta que en la población estudiada sí se evidenció que las mujeres se incapacitan a una edad significativamente más temprana.
- En cuanto a las patologías asociadas a las incapacidades se logró observar que hay comportamiento similar al descrito a nivel internación con enfermedades infecciosas, respiratorias, traumáticas y osteomusculares como las etiologías principales en las incapacidades (16) (30) (31). Pero en el periodo estudiado, no se evidenció un peso importante a nivel de las enfermedades mentales al contrario de lo visto en España (21) (29) pero sí en enfermedades asociadas al embarazo.

- Se determinó que el tipo de afiliación dependiente y el riesgo asociado a la actividad laboral de la empresa tienen relación con la frecuencia y la duración de las incapacidades. Lo que no puede ser contrastado con la información encontrada en los otros estudios debido a que ese tipo de afiliación y rango de riesgo es propio del sistema de aseguramiento colombiano, siendo ausente en la literatura encontrada donde se le dio mayor importancia al tipo la duración del contrato temporal vs fijo (12) (13) (17) (35).
- Las actividades económicas de las empresas donde labora el trabajador con incapacidades temporales son poco específicas y pueden estar asociadas a trabajos con la denominación “oficios varios”, comúnmente usados en Colombia, o simplemente pueden corresponder a la tendencia a usar códigos predeterminados por parte de los afiliadores sin detenerse a indagar realmente sobre la actividad económica que desempeña la empresa donde se emplean los trabajadores. No se pudo correlacionar la variable actividad económica con la frecuencia y severidad de la incapacidad como si se ha podido realizar en estudios previos (16) (15) (26)(55).
- El mayor porcentaje de incapacidades y la mayor duración de éstas se presentó en trabajadores de salarios bajos (1 a 2 SMLV). lo que genera una mayor sobrecarga al sistema de prestaciones en salud, debido a que son una población que no pueden recibir menos del salario mínimo en subsidio económico por incapacidad (1 SMLV) por efecto de la jurisprudencia del mínimo vital. Lo que genera desequilibrio a los presupuestos que son establecidos para cubrir dicho subsidio. En cuanto a los estudios consultados, esto podría estar relacionado con un nivel educativo y socioeconómico menor, aunque no son claras las diferencias (21) contrario a lo que se encontró en el presente estudio donde sí es significativo
- Se consideraba inicialmente que el lunes era el día en que más ausentismo se presentaba (49), sin embargo, se encontró que el miércoles y jueves, son los días donde más se incapacidades se presentan. Eso sí, el lunes es el día donde más incapacidades nuevas se presentan y los miércoles donde más prórrogas se otorgan, lo que se debería tener en cuenta para definir estrategias en atención y seguimiento. El domingo es donde menos incapacidad hay, lo que podría explicarse por una menor necesidad del trabajador sumado a una menor oferta de atención médica, limitada a servicios de urgencias durante ese día. Así también, se halló que el mes de mayo es el que posee mayor frecuencia de incapacidades y que los últimos meses del año son los que presentan menos número de incapacidades, contrario a lo evidenciado en países como España en estudio de Álvarez E, Llergo A, Vaquero M. (18) y Romero M, Álvarez C, Prieto A (26) esto sería debido a la diferencia del patrón estacional y calendario vacacional.

- Si se evalúa la duración de incapacidades de Novo, el mayor porcentaje de éstas duran 3 días periodo cuyo subsidio económico está a cargo del trabajador independiente o de la empresa. Los valores altos se evidencian en múltiplos de 5 lo que podría corresponder a una distribución aleatoria sin un parámetro claro. Las prórrogas tienden a ser de 30 días y en total las incapacidades tienden a durar de 4 a 90 días (77,2%) donde el trabajador recibe  $\frac{2}{3}$  de su salario, con una disminución importante por encima de 90 días (7%) a partir del cual el trabajador recibe como subsidio el 50% de su salario. En la literatura no se encontró información al respecto.
- Debido al problema con la base de datos asociados a la variable del profesional prescriptor de incapacidad, se desconoce la relación de ésta con la frecuencia y la severidad, como es bien descrito en diversos estudios (21) (45) (46) (22).

## 9. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de la investigación son las siguientes:

- En Colombia existe un vacío importante de conocimiento sobre el comportamiento de las incapacidades de origen común en trabajadores afiliados pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La información que se tiene sistematizada en base de datos es incompleta, faltando variables que son importantes de tener en cuenta a la hora de estudiar dicho comportamiento, como son: el estilo de vida (consumo de licor y tabaco), el estado civil y la carga familiar (composición del núcleo familiar), el nivel educativo y socioeconómico, las comorbilidades, las condiciones asociadas al trabajo, tipo de profesión (solo se tiene en cuenta la actividad económica), la carga mental, la jornada laboral, horario y turnos; y otros factores asociados a la empresa.
- Durante el tiempo del estudio, la mitad de la población afiliada a la EPS presentó incapacidades. Así mismo, el número de trabajadores incapacitados creció significativamente durante los últimos 3 años (del 2013 al 2015) llegando a duplicarse.
- Las sedes de Florida, Norte del Valle y Jamundí fueron las que mayor porcentaje de población presentaron incapacidades temporales de origen común.
- Existe un grupo de trabajadores afiliados a la EPS que presentan incapacidades temporales que no poseen afiliación a fondo de pensión, es decir, no disponen de prestaciones económicas por incapacidades >180 días y de pensión de invalidez.
- El principal ausentismo de un trabajador afiliado a la EPS es generado por enfermedades y condiciones externas a su trabajo, como lo son las infecciones y traumas no laborales.
- El perfil de riesgo para presentar incapacidades frecuentes es ser hombre entre 15 a 25 años, trabajador dependiente, de estrato socioeconómico bajo, que labore para una empresa con riesgo por actividad económica 1 y sufrir patologías infecciosas y/o respiratorias.
- El perfil de riesgo para presentar incapacidades severas es ser hombre entre 42 a 55 años, trabajador dependiente, de estrato socioeconómico bajo, que

labore para una empresa con riesgo por actividad económica 1 y sufrir patologías osteomusculares y/o traumáticas.

- Los miércoles y jueves son los días que hay mayor ausentismo laboral por incapacidad de origen común.
- No se evidencia un patrón claro sobre la duración de las incapacidades dadas por los médicos y hay una tendencia a ser otorgadas por 3 días o en múltiplos de 5. Las incapacidades usualmente duran entre los 4 y 90 días.
- En el periodo estudiado no se pudo identificar enfermedades asociadas que actúen como perpetuadoras de incapacidad debido a que el certificado solo se tiene en cuenta el diagnóstico principal o inicial y no se capturan los diagnósticos concomitantes ni sus secuelas. De igual manera, se desconoce el estado de enfermedades emergentes tales como las mentales de importancia a nivel mundial.

## 10. RECOMENDACIONES

- Se debe mejorar la captura y sistematización de la información relacionada a la población y las características de las incapacidades, con estrategias de estandarización a nivel local, regional y nacional lideradas por el ministerio de salud con unificación de criterios, estructuras y variables del ausentismo. Siendo como objetivo final una historia clínica única nacional.
- Es indispensable reevaluar la exigencia de cotización a pensión por parte de todos los trabajadores, debido que al exigirles solamente a algunos grupos la inscripción y pago de aportes a salud (EAPBS=Entidades Administradoras de Plan de Beneficio de Salud) genera un riesgo alto tanto para el sistema, como para las mismas personas en caso de tener enfermedades con más 180 días de incapacidad o condiciones invalidantes, ya que no dispondrían de un aseguramiento completo (al no tener fondo de pensiones).
- Se debe evaluar cuál es la razón por lo que personas por encima de edad de cotización (en edad de pensión por vejez) están teniendo incapacidades, ya que podría corresponder a falta de pensión, lo que haría necesario continuar trabajando pese a las limitaciones propias de la edad, o podría corresponder a personas que se estén aprovechando del sistema, solicitando subsidio como independiente cuando realmente no se encuentran ya trabajando. Inclusive se evidencia población pensionada quien continúa presentando incapacidades.
- Se debe estudiar con mayor detenimiento las características de la población donde fue mayor el porcentaje de trabajadores incapacitados, especialmente los municipios de Florida, Norte del Cauca y Jamundí.
- Es necesario establecer estándares y enseñar a incapacitar a los actuales y futuros profesionales, con base en protocolos por días de incapacidad asociados a diagnóstico y características de la población.
- Para disminuir frecuencia de incapacidades, se debe realizar intervención en enfermedades infecciosas donde predominan acciones de salud pública como la fumigación, vacunación, aseo personal, mejora de condiciones de vivienda, promoción y prevención para controlar determinantes en salud.
- Para disminuir la severidad de la incapacidad y sus secuelas, se debe realizar intervención a eventos traumáticos y enfermedades osteomusculares, donde se pueden hacer actividades por parte de salud pública como prevención vial, manejo defensivo, uso del cinturón, obligatoriedad del SOAT, además de la importancia del adecuado y oportuno manejo de los casos dentro de las rutas y los modelos de atención integral.

- Se debe evaluar el impacto de las incapacidades que se presentan en las edades extremas (menores de 18 años y mayores de 62) donde existe vacíos en aseguramiento por pensión y riesgos laborales.
- Se debe mejorar el control de las enfermedades asociadas al embarazo, debido a que por sí solas tiene un peso importante en las incapacidades temporales de las trabajadoras.
- Se debe realizar un mejor seguimiento a policonsultores (más de 5 eventos por año) que puede significar, el no acompañamiento adecuado, que permita realizar un mejor diagnóstico de su condición de base física o mental, o identificar condiciones sociales que predispongan a incapacitarse frecuentemente.
- El empleador debe participar activamente en políticas y actividades de salud pública asociadas al bienestar de los trabajadores, para controlar los riesgos presentes fuera del lugar y tiempo de trabajo que está generando un gran ausentismo como consecuencia de incapacidades temporales de origen común.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Seguridad y Social. Colombia. Ley de seguridad social: por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones..
2. Superintendencia Nacional de Salud. Oficina asesoria juridica. Concepto 015023 de 2012. [Online].; 2012. Acceso 07 de 08 de 2016. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/BoletinJuridico/Boletin%20J\\_2012\\_23.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/BoletinJuridico/Boletin%20J_2012_23.pdf).
3. Alexanderson K, Norlund A. Sickness absence: causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Scand J Public Health. 2004;(32): p. 3–263.
4. Hultin H, Lindholm C, Möller J. Is There an Association between Long-Term Sick Leave and Disability Pension and Unemployment beyond the Effect of Health Status? – A Cohort Study.. PLoS ONE. 2012;; p. 7(4): e35614. doi: 10.1371/journal.pone.0035614.
5. Cohen Y. Absenteeism As A Major Cause Of Bottlenecks In Assembly Lines. International Journal Of Production Research. 2012;(50.21): p. 6072-6080.
6. Swartling MS, Alexanderson KAE, Wahlström RA. Barriers to good sickness certification—an interview study with Swedish general practitioners. Scand J Publ Health. 2008;(36): p. 408–414.
7. Haidar V. Las Pérdidas De Jornadas De Trabajo Por Enfermedad, Una Preocupación De Larga Duración (Argentina, 1930-2012). Gaceta Laboral. 2013;(19.1 ): p. 78-124.
8. Bierla I, Huver B, Rich S. New Evidence On Absenteeism And Presenteeism. International Journal Of Human Resource Management. 2013;(24.7): p. 1536-1550.

9. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. BMJ. 2005;(330): p. 802–803.
10. Adecco. IV Informe sobre Absentismo. ESPAÑA. [Online]. ESPAÑA; 2015.. Disponible en: <http://www.adecco.es/data/NotasPrensa/pdf/675.pdf>.
11. COOMEVA. DIAGNÓSTICO DE LA DE LA POBLACIÓN AFILIADA COOMEVA EPS SITUACION DE SALUD. COLOMBIA. [Online]; 2010. Acceso 2016 de 06de 10. Disponible en: [eps.coomewa.com.co/descargar.php?id=6813](http://eps.coomewa.com.co/descargar.php?id=6813).
12. Herrero H, Martín-Román H, Moral A. Un estudio de la duración de las bajas laborales: ¿Se justifica la diferencia entre hombres y mujeres? [Online]. Acceso 10 de 06 de 2016. Disponible en: <http://aeet-aede.ulpgc.es/Descargas/Sesion5Sala3/Corrales-Martin-Moral.pdf>.
13. Corrales H, Martín-Román Á, Moral A. La duración de las bajas por accidente laboral en España: ¿Se justifica las diferencias entre comunidades autónomas? Revista de Economía Laboral. 2008; 5: p. 73-98.
14. Benavides F, Sáez M, Barceló M, Serra C, Mira M. Incapacidad Temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit. 1999;(13): p. 185-190.
15. Black C, Cheung L. Injury/Illness and return to Work/Function. A Practical Guide for Physicians. [Online].; 2000. Acceso 06 de 07 de 2016. Disponible en: <http://www.pwr.ca/archive/PhysicianEducationDocument/InjuryIllnessandReturntoWorkFunction.pdf>.
16. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, Savarino J. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. American Journal of Public Health. 1994;(84): p. 190-196.
17. Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. Occup Environ Med. 1996;(53): p. 488-494.

18. Álvarez E, Llergo A, Vaquero M. Análisis de duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores Sociados. Atención Primaria. 2009; 41(7): p. 387-393.
19. Benavides F, Aranaz J, Bolumar F. La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1990;(64): p. 749-757.
20. Gensana A, Curia C, Alfonso S. Estudio comparativo de la incapacidad laboral transitoria. Centro de Salud. 1994; 1: p. 197-203.
21. Royo-Bordonada M. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit. 1999;(3): p. 177-184.
22. Álvarez E E, Llergo A, Vaquero M. Modelo predictivo de la duración de incapacidad temporal por lumbalgia. Factores determinantes. Med Trab. 2005; 14(3): p. 10-17.
23. Friedman P. Predictors of work disability in work-related upper-extremity disorders. J Occup Med. 1997; 39: p. 339-343.
24. Llergo A, Álvarez E, Vaquero M. Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en la provincia de Córdoba. Med Segur Trab. 2005;(199): p. 27-37.
25. Moncada S, Navarro A, Cortes I. Sickness leave, administrative category and gender: results from de " Casa Gran" Project. Scand J Public Health. 2002;(30): p. 27-33.
26. Romero M, Alvarez C, Prieto A. Estudio por Incapacidad Temporal por Enfermedad Común en la Población trabajadora del Ayuntamiento de Córdoba. 2001-2004. XV Congreso de la Sociedad Española de Salud laboral en la Administración Pública. [Online].; 2005. Acceso 20 de 07 de 2016. Disponible en: [http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/dia1/mesa2\\_ManuelRomeroSaldana.pdf](http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/dia1/mesa2_ManuelRomeroSaldana.pdf).
27. Benavides F, Plana M, Serra C. Reincorporación al trabajo después de un episodio de IT por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. Rev Esp Salud Pública.

2007; 81: p. 183-190.

28. Tucker L, Friedman G. Obesity and absenteeism: an epidemiologic study of 10,825 employed adults. *Am J Health Promot.* 1998; 12(3): p. 202-207.
29. Sáinz de Murieta E, Fernández Baraibar J, Pascua I. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la Comunidad Foral de Navarra: Aspectos epidemiológicos. *Anales del sistema sanitario de Navarra.* 2005; 28(1): p. 83-92.
30. Burdorf A, Naaktgeboren B, Post W. Prognostic factors for musculoskeletal sickness absence and return to work among welders and metal workers. *Occup Environ Med.* 1998; 55: p. 490-495.
31. Hörnquist J, Hansson B, Leijon M, Mikaelsson B. Repeated short-term sick-leave and quality of life. An evaluation of a clinical socio-medical intervention. *Scand J Soc Med.* 1990;(18(2)): p. 91-95.
32. Mackenzie E, Shapiro S, Smith R. Factors influencing return to work following hospitalization for traumatic injury. *Am J Public Health.* 1987; 77: p. 329-334.
33. Goldenberg D, Morssey C, Schmid C. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 1995; 22: p. 2313-2318.
34. Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2000; 27: p. 1271-1276.
35. Salido M, Navarro P, Judez E, Hortal R. Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2007; 3(2): p. 67-72.
36. Crook J, Moldofsky H, Shannon H. Determinants of disability after a work related musculetal injury. *J Rheumatol.* 1998; 25: p. 1570-1577.
37. Buitrago F, Lozano L, Bonino F. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. *Atención Primaria.* 1993; 3(11): p. 293-297.
38. Martín P, Ballina F, Hernández R. Lumbalgia e incapacidad laboral.

Epidemiología y prevención. Atención Primaria. 1995; 16: p. 641-646.

39. Svoyrjo H, Oksanen T. The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: and observational study. *Occup Environ Med.* 2009; 66: p. 235-242.
40. Boff B, Leite D, Azambuja M. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Publica.* 2002; 36: p. 337-342.
41. Dasinger L, Krause N, Deegan L. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *J Occup Environ Med.* 2000; 42: p. 323-333.
42. Teasell R, Finestone H. Socioeconomic factors and work disability: clues to managing chronic pain disorders. *Pain Res Manage.* 1999; 4: p. 89-92.
43. Castejón J, Benavides F, Gimeno D. Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la IT por enfermedad común y accidente no laboral. *Atención Primaria.* 2006; 37: p. 142-147.
44. Alberquilla A, Ugalde M, González C. Gestión y control de la incapacidad laboral transitoria. ¿Influye el modelo de atención primaria? *Atención Primaria.* 1996; 17: p. 60-68.
45. García-Díaz A, Pértiga-Díaz S, Pita-Fernández S. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. *Atención Primaria.* 2006; 37: p. 22- 29.
46. Gensana A, Torralba M, Calero M. Relación entre el perfil del médico de cabecera y la incapacidad laboral transitoria de sus pacientes. *Atención Primaria.* 1995; 16: p. 47-51.
47. Young A, Cifuentes M, Wasiak R. Urban-Rural differences in work disability following occupational injury: are they related to differences in healthcare utilization? *J Occup Environ Med.* 2009; 51: p. 204-212.
48. Jang Y, Li W, Hwang M. Factors related to returning to work following a work-oriented occupational therapy program for individuals with physical

disabilities. J Occup Rehabil. 1998; 8: p. 141-151.

49. Moral de Blas A, Martin Roman A. ¿Es más peligroso trabajar en lunes? Evidencia sobre el "Monday effect" en España. Departamento de Fundamentos del Análisis Económico e Historia e Instituciones Económicas. Facultad de Ciencias Sociales Jurídicas y de la Comunicación de Segovia. [Online]. Acceso 20 de 07 de 2016. Disponible en: <http://encuentros.alde.es/anteriores/xieea/trabajos/pdf/111.pdf>.
50. Parra A, Fernández J, García V. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. Anales Sis San Navarra. 2006; 29: p. supl.1.
51. Arcury T, Mora D, Quandt S. "You earn money by suffering pain:" Beliefs About Carpal Tunnel Syndrome Among Latino Poultry Processing Workers. Journal of Immigrant and Minority Health. 2015;; p. 791-801.
52. Jimenez F. CONDICIONES QUE FOMENTAN EL AUSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU IMPACTO FINANCIERO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD. BOGOTÁ, 2011 Y 2012. [Online].; 2014. Acceso 2016 de 06 de 10. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/12062/1/JimenezBeltranFlorMariela2014.pdf>.
53. Herrera F, González M M. CARACTERIZACION DEL AUSENTISMO LABORAL POR CAUSAS MÉDICAS EN UNA EMPRESA DE TELECOMUNICACIONES A NIVEL NACIONAL. [Online].; 2015. Acceso 2016 de 06 de 10. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10188/52027582-2015.pdf?sequence=1>.
54. Cuevas Y, Garcia T, Villa M. CARACTERIZACION DEL AUSENTISMO LABORAL EN UN CENTRO MEDICO DE I NIVEL. [Online].; 2011. Acceso 2016 de 06 de 10. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2834/22647541-2012.pdf?sequence=1>.
55. Zúñiga R, Ordoñez E, Osorio C, Escudero N, López A. OBESIDAD ABDOMINAL Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA EN UNA EMPRESA DE LA INDUSTRIA METALMECÁNICA EN CALI, COLOMBIA.

Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública. 2013;(30(2)): p. 251-255.

56. Bonilla D, Carrasco L, Flórez A, Martínez L, Pardo L, Jiménez W. Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular. 2014;(12 (1)): p. 21-32.
57. Hamoui Y, Sirit Y, Bellorin M. Absentismo laboral del personal administrativo de una Universidad Pública Venezolana, 2000-2002. Revista Salud de los Trabajadores. 2005; 31(2): p. 107-118.
58. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. Scand J Soc Med. 1998;(26(4)): p. 241-249.
59. Ministerio de Trabajo. Colombia. Ley 1562 del 11 de Julio de 2012 “Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”. [Online].; 2012..
60. Social, Ministerio de Salud y Protección. SISPRO: Consultas RUAF. [Online] Acceso 16 de 06 de 10. Disponible en: <http://ruafsvr2.sispro.gov.co/RUAF/Ciente/WebPublico/Consultas/A15NumeroAfiliadosSL.aspx>.
61. FASECOLDA. Estadística Nacional. [Online].; 2014. Acceso 2016 de 06 de 10. Disponible en: [http://www.fasecolda.com/index.php/download\\_file/view/5905/522/](http://www.fasecolda.com/index.php/download_file/view/5905/522/).
62. UNFPA. Informe del fondo de las naciones unidas. [Online].; 2015.. Disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State\\_of\\_World\\_Population\\_2015\\_SP.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_SP.pdf).